

## PE-02-004

Valledupar, marzo 22 de 2018

Señores

### **HONORABLES MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA**

E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ

Ciudad

Referencia: Informe sobre la gestión de Ejecución del Plan de Desarrollo Institucional, vigencia 2017

## **JUSTIFICACION**

De manera respetuosa se presenta este informe, que tiene como fin registrar el avance en los resultados de las Metas del Plan Operativo Programadas para dar cumplimiento a los objetivos y metas estratégicas aprobadas en el Plan de Desarrollo 2017-2020 *¡Con Salud por el Camino al Desarrollo!*, por la honorable Junta Directiva de la ESE, como consta en el Acta N° 304 del 27 de Marzo de 2017 y lo exigido en la Resolución 408 de 2018, Indicador 3. GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.

## **FINALIDAD**

Evaluar las Metas del Plan Operativo para la vigencia 2017, con el fin de medir el avance de las diferentes áreas de la E.S.E., de acuerdo con lo Proyectado para la vigencia 2017, así como el compromiso y mejoramiento de la gestión, ya que es una herramienta fundamental que permite el seguimiento y evaluación al Plan de Desarrollo 2017-2020, a cargo de las Oficinas Asesoras de Planeación y Control Interno, en cada vigencia de este Plan, además permite:

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

- Desarrollar estrategias de gestión mediante un manejo gerencial que apuntan a lograr la sostenibilidad financiera de la Institución.
- 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.

## EVALUACIÓN

El Plan Operativo Anual de la E.S.E., 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 2017 para lo cual el Señor Gerente y su Equipo de Trabajo en el marco de las Diecinueve (19) Estrategias del Plan de Desarrollo para dar cumplimiento a cada uno de los treinta y tres (33) Proyectos, estableció Sesenta y un (61) Actividades a desarrollar en el cuatrienio 2017-2020 y Ciento Un (101) Acciones identificadas para la vigencia objeto de esta evaluación en el marco aprobado por la Junta Directiva en su Acuerdo 304 de 2017.

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

Igualmente se establecieron las Acciones que permitirán frente a cada Meta del Plan Operativo viabilizar su cumplimiento.

Metas del Plan Operativo, así:

LISTADO METAS PLAN OPERATIVO	ACCIONES PARA CUMPLIR LA META DEL PLAN OPERATIVO 2017
1. ALCANZAR SATISFACCIÓN DEL USUARIO > AL 90%,	1- REALIZAR CAPACITACIÓN PERMANENTE A LOS USUARIOS EN DEBERES Y DERECHOS.
	2- IMPLEMENTAR EL SISTEMA INTEGRAL DE CITAS POR MEDIO DE LOS ENLACES ENTRE HRPL, LAS EPS Y LOS MUNICIPIOS;
	3- REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO, EVALUAR LAS PQRS MENSUALES. SOCIALIZAR Y MEDIR LA ADHERENCIA AL CLIENTE INTERNO SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.
2. ALCANZAR SATISFACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR > AL 50%	4- REALIZAR CONVOCATORIA Y REUNIONES PERMANENTES CON LA PARTICIPACIÓN DE REPRESENTANTES DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIO INTERNO.
	5- PREPARAR Y REALIZAR RENDICIÓN DE CUENTAS ANUAL SOBRE RESULTADO VIGENCIA ANTERIOR
3. DISMINUIR EN UN 10% LA GLOSA Y DEVOLUCIÓN INICIAL	6- IDENTIFICAR PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, IDENTIFICAR ESTRATEGIAS PARA CONTRARRESTAR CAUSAS DE GLOSAS DETECTADAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN.
	7- IDENTIFICAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE DOTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 IDENTIFICAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE DOTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014
4. FIRMAR CONTRATO CON SYAC ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL.NET VERSIÓN 2017	8- FIRMAR CONTRATO CON SYAC ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL.NET VERSIÓN 2017
5. PRESENTAR REGLAMENTO INTERNO DE CARTERA (1)	9- DISEÑAR, MANUAL DE CARTERA DE LA ESE PARA SU PRESENTACIÓN ANTE LA JUNTA DIRECTIVA. GESTIONAR LA RECUPERACIÓN DE LOS TÍTULOS JUDICIALES DE VIGENCIAS ANTERIORES, HACER SEGUIMIENTO A LOS TÍTULOS JUDICIALES DE LA VIGENCIA,

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

<b>DOCUMENTO A LA JUNTA DIRECTIVA.</b>	
<b>6. RESOCIALIZAR PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA AL PERSONAL DE URGENCIAS Y REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	10- CONTACTAR HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DE LA ZONA NORTE PARA FORTALECER SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. 11- RESOCIALIZAR PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
<b>7. AUMENTAR EN UN 10% CONTRATACIÓN CON EAPB.</b>	12- ESTABLECER TARIFAS INSTITUCIONALES PARA LOS DISTINTOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA ESE A LOS DISTINTOS CLIENTES, VISITAR A LOS POTENCIALES CLIENTES, CONCERTAR LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES PARA LA VENTA DE SERVICIOS A LOS DISTINTOS CLIENTES, FIRMAR CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS Y SOPORTADOS. 13- HABILITAR SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRÍA SEGÚN 2003 DE 2014.
<b>8. LOGRAR UN EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO &gt; 60%.</b>	14- ESTABLECER TARIFAS INSTITUCIONALES PARA LOS DISTINTOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA ESE A LOS DISTINTOS CLIENTES, VISITAR A LOS POTENCIALES CLIENTES, CONCERTAR LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES PARA LA VENTA DE SERVICIOS A LOS DISTINTOS CLIENTES, FIRMAR CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS Y SOPORTADOS.
<b>9. PRESENTAR COMO MÍNIMO UN PROYECTO PARA GENERAR RECURSOS PARA LA ESE</b>	15- GESTIONAR ANTE LOS ENTES TERRITORIALES (SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LOCAL), PROYECTOS PARA INTERVENIR LAS DIMENSIONES EN SALUD PÚBLICA BENEFICINDO A POBLACIÓN Y GENERANDO RECURSOS PARA LA ESE.
<b>10. PRESENTAR UN ESTUDIO DE NECESIDAD Y CONVENIENCIA A GERENCIA PARA EL MONTAJE DE LA CENTRAL DE MEZCLAS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO</b>	16- REALIZAR EL ESTUDIO APROBADO PARA EL MONTAJE DE LA CENTRAL DE MEZCLAS EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO DE LA ESE.
<b>11. CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÓDULO DE COSTOS SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA .NET</b>	17- ACTUALIZAR EL MÓDULO DE COSTOS, CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE COSTOS, E INICIAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE COSTOS POR UNIDAD FUNCIONAL, DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA COSTOS BASADOS EN ACTIVIDADES (ABC).
<b>12. CAPACITAR A TALENTO HUMANO LÍDER DE PROCESOS EN PAIS, MIAS, RIAS</b>	19.- GESTIONAR ASISTENCIAS TÉCNICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES METODOLÓGICAS Y OPERATIVAS CON SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL, MSPS E IPS DE RED NORTE DEL DEPARTAMENTO (HOY DE BAJA COMPLEJIDAD), PARA DEFINIR EL ROL DEL HOSPITAL EN EL NUEVO MODELO MIAS-RIAS. 20.- REVISAR, ADOPTAR Y ADAPTAR LAS RIAS DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DEL HOSPITAL COMO PRESTADOR DE SERVICIOS EN EL MIAS. 21.- SOCIALIZAR EL MIAS A FUNCIONARIOS DE PLANTA Y CONTRATISTAS PARA CUMPLIR COMO PRESTADOR PRIMARIO O COMPLEMENTARIO LA ESE HRPL. 22.- REALIZAR PROCESO DE CONCERTACIÓN CONTRACTUAL CON LAS EAPB. 23.- REALIZAR SEGUIMIENTO AL PROCESO DE AVANCE DE

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

	<p>REALIZAR IMPLEMENTACIÓN DEL MIAS EN LA ESE HRPL.</p> <p>24.- APOYAR INSTITUCIONALMENTE PARA QUE SE PRIORICE VALLEDUPAR COMO MUNICIPIO MODELO PARA LA ARTICULACIÓN DEL MIAS Y LAS RIAS PRIORIZADAS POR EL MSPS</p>
<p><b>13.- LIDERAR COMO PILOTO LA RIA MATERNO PERINATAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR ENFOCADO A DESNUTRICIÓN INFANTIL</b></p>	<p>25.- APOYAR A LA GERENCIA EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA ADOPCIÓN, ADAPTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA MATERNO PERINATAL.</p>
	<p>26.- REALIZAR CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA MATERNO PERINATAL UNA VEZ APROBADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DEPARTAMENTAL, SOCIALIZAR A CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE.</p>
	<p>27.- APOYAR A LA GERENCIA EN LA ARTICULACION CON EL ENTE TERRITORIAL CESAR DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ESE COMO CABEZA RED EN LA RIA ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA EN LA ZONA NORTE Y APOYO AL DEPARTAMENTO DEL CESAR.</p>
	<p>28.- REALIZAR CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA UNA VEZ APROBADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL A CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE HRPL Y DE LAS SUBREGIONES DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA E INFANCIA.</p>
	<p>29.- GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN PREVENTIVO QUE CONTRIBUYA AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE SU POBLACIÓN MATERNO INFANTIL CERTIFICADA CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL.</p>
	<p>30.- ADAPTAR (PARAMÉTRIZAR) E IMPLEMENTAR LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA ADQUIRIDA PARA LA GESTIÓN Y GARANTÍA DEL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS MATERNO INFANTILES.</p>
	<p>31.- CAPACITAR AL TALENTO HUMANO SELECCIONADO DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL LÍDER EN LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA</p>
	<p>32.- GESTIONAR APROBACIÓN ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL PARA ELEVAR CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA COMO CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DADA LAS RIA MATERNO PERINATAL.</p>
	<p>33.- ACONDICIONAR SEGÚN RES.2003 DE 2014 DEL MSPS COMO CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO</p>
	<p>34.- CONTAR CON APROBACIÓN DE VIABILIDAD DE CAMAS PARA OBSERVACIÓN OBSTÉTRICA DENTRO DEL ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HRPL.</p>
<p><b>14. CAPACITAR A TALENTO HUMANO LÍDER DE PROCESOS EN PAIS, MIAS, RIAS</b></p>	<p>35.- APOYAR DESDE LA GERENCIA SOLICITUD DE CAPACITACIONES ANTE SECRETARIA DE SALUD SOBRE LA POLITICA PAIS (MIAS, RIAS), ACTUALIZAR EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA ESE, IDENTIFICAR RUTAS (RIAS)</p>

	INSTITUCIONALES PRIORITARIAS CON EL APOYO DE SECRETARIA DE SALUD, CONFORMAR COMITÉS POR RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL PRIORIZADAS EN LA VIGENCIA.
<b>15. DISEÑAR DIAGNÓSTICO MECI POR ÁREA</b>	36.- ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MECI SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA VIGENCIA 2017
<b>16. REVISAR EN COMITÉ DE ARCHIVO REQUISITOS DE LEY 594/2000 QUE APLICAN A LA ESE</b>	37.- REVISAR EN COMITÉ DE ARCHIVO INSTITUCIONAL LAS NECESIDADES NORMATIVAS CONTEMPLADAS EN LA LEY 594 DE 2000,
<b>17. ADQUIRIR UN SERVIDOR PARA SALVAGUARDAR LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>	38.- IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN
	39.- IMPLEMENTAR EL SERVICIO DE DIRECTORIO ACTIVO (ACTIVE DIRECTORY) PARA MANTENER UN CONTROL CONSTANTE DE REESTRICCIONES PARA EVITAR EL USO DE CUALQUIER APLICATIVO PERSONAL O INSTANCIAS DE SOFTWARE COMERCIAL.
	40.- FORTALECER Y MEJORAR LA POLÍTICA DE MANEJO DE HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS TECNOLÓGICOS Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN SU BITACORA DE MANTENIMIENTO.
	41.- DISEÑAR UN PLAN DE FORMACIÓN PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS INTERNAS EN SEGURIDAD TI, DENTRO DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES PETI.
	42.- DISEÑAR UN PLAN DE FORMACIÓN PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS INTERNAS EN SEGURIDAD TI
	43.- DISEÑAR LOS ESTUDIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA PARA LA COMPRA DE UN SERVIDOR QUE GARANTICE EL ALMACENAMIENTO GARANTIZANDO LA OPTIMIZACIÓN DE LOS DATOS A ADMINISTRAR
	44.- REALIZAR ETAPA PRECONTRATCUAL, CONTRACTUAL Y POST CONTRACTUAL COMPRA DE UN SERVIDOR QUE GARANTICE EL ALMACENAMIENTO GARANTIZANDO LA OPTIMIZACIÓN DE LOS DATOS A ADMINISTRAR
	45.- OPTIMIZAR LA CALIFICACIÓN EN LAS AUTOAPRECIACIONES DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL PARA ACREDITAR A LA ESE HRPL.
<b>18. CONSEGUIR UNA (1) EVALUACIÓN EXTERNA PARA LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMII</b>	46.- REVISAR REQUISITOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE MUJERES PUÉRPERAS CON NIÑOS Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA EXCLUSIVA A NIVEL INTRA INSTITUCIONAL.
	47.- DOTAR EL ESPACIO FÍSICO PARA APOYO DE LAS MADRES PUÉRPERAS A NIVEL INTRAHOSPITALARIO.
<b>19. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL 70% DEL USO DE LOS EPP EN ÁREAS Y SERVICIOS CRÍTICOS</b>	48.- IDENTIFICAR LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN LOS DIFERENTES PROCESOS, ÁREAS Y SERVICIOS DE LA E.S.E.
<b>20. % CRECIMIENTO IMPLEMENTACIÓN SUA CON RESOLUCIÓN 0123/12 DEL 0,02% EN</b>	49.- INFORME DE EVALUACIÓN DE AUTOAPRECIACIÓN LIDERADO POR ENTE TERRITORIAL MUNICIPAL O DEPARTAMENTAL CON CALIFICACIÓN POR PASO MAYOR DEL 60% DE CUMPLIMIENTO.
	50.- ACTUALIZACIÓN DEL REPS, AUTOEVALUACIÓN, NOVEDADES

<b>2017</b>	DE LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRIA.
	51.- REALIZAR AUDITORIA A FARMACIA, DISPOSITIVOS MEDICOS E INFRAESTRUCTURA, LABORATORIO CLÍNICO, SERVICIO TRANSFUSIONAL, SALUD MENTAL, URGENCIAS.
	52.- CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES, MONITOREO DE EVENTOS ADVERSOS, FOMENTO DE CULTURA DE SEGURIDAD, DIVULGACIÓN DE POLÍTICA, MEDICACIÓN DE LAS GUÍAS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD
	53.- CAPACITAR SOBRE INDICADORES, MEDICIÓN Y ANÁLISIS MENSUAL DE INDICADORES DE CALIDAD, CARGUE OPORTUNO DE INDICADORES DE CALIDAD, PUBLICACIÓN SEMESTRAL DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA PÁGINA INSTITUCIONAL.
	54.- REALIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN 2017, PRIORIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES Y PROCESOS, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO, DEFINICIÓN DE LA BRECHA ENTRE LA CALIDAD ESPERADA CON LA OBSERVADA, IDENTIFICACIÓN, DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO, SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA, APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL, CARGUE DE LA CIRCULAR 012.
<b>21. ACTUALIZAR PGIRHS CON SUS ANEXOS DE LEY</b>	55.- ACTUALIZAR PGIRHS, DANDO ALCANCE A LOS DIFERENTES MANUALES
	56.- SOCIALIZAR PGIRHS Y LOS DIFERENTES MANUALES A TODOS LOS TRABAJADORES INTERNOS Y EXTERNOS, PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN LA E.S.E.
	57.- HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DEFINIDAS EN LA E.S.E. COMO APORTE A LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL MEDIANTE AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS.
<b>22. CAPACITAR EL 30% LÍDERES DE ÁREAS CRÍTICAS EN PAMEC Y SUA</b>	58.- REVISAR EL NUEVO MARCO NORMATIVO DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD QUE APLICAN A LA ESE,
<b>23. SOCIALIZAR 70% DE GUÍAS DE ESPECIALIDADES OBSTÉTRICAS</b>	59.- REALIZAR REUNIONES PARA SOCIALIZAR CADA UNA DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL SEGÚN LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD.
	60.- ADQUISICIÓN DE SOFTWARE QUE PERMITA EN TIEMPO REAL Y/O OPORTUNO LA ADHERENCIA A GUÍAS DE MORBILIDADES EN LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES, PREVIA PARAMETRIZACIÓN DE LAS LISTAS DE CHEQUEO POR PATOLOGÍA.
<b>24. ADOPTAR POR RESOLUCIÓN GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS EMITIDAS POR EL MSPS</b>	61.- REALIZAR Y DOCUMENTAR LAS GUÍAS DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA: OBSTETRICIA
<b>25. DAR CUMPLIMIENTO DE TRES PASOS ESTRATEGIA IAMI EN 2017</b>	62.- REALIZAR CUATRO AUTOAPRECIACIONES CON LOS 10 PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL DE MANERA TRIMESTRAL
	63.- GESTIONAR RECURSOS EXTRA INSTITUCIONALES QUE PERMITAN APOYAR CADA UNO DE LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL.
	64.- REALIZAR ALIANZAS INTERINSTITUCIONALES PARA LOS FORTALECIMIENTOS DE LOS PASOS RELACIONADOS CON LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL.
	65.- GESTIONAR CURSO TALLER PARA CERTIFICAR A 35

	<p>TALENTOS HUMANOS DE LA COMUNIDAD O MADRES FAMI RELACIONADOS CON EL SERVICIO MATERNO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE HIJO PARA FORTALECER LAS ALIANZAS INTERINSTITUCIONALES CON LA COMUNIDAD.</p> <p>66- GESTIONAR CURSO TALLER PARA CERTIFICAR A 30 TALENTOS HUMANOS DE LA ESE HRPL RELACIONADOS CON EL SERVICIO MATERNO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE HIJO.</p> <p>67.- REALIZAR 4 JORNADAS COMUNITARIAS EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, PARA LA GESTIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE PRÁCTICAS NUTRICIONALES SEGÚN LAS NUEVAS GUIAS ALIMENTARIAS A MAYORES DE 2 AÑOS DEL MSPS.</p>
26. ALCANZAR EN LA VIGENCIA CUMPLIMIENTO PIC > AL 80%	68.- CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE APRENDIZAJE RESPONSABLE DE LA FORMULACIÓN DEL PIC, INCLUIDO DOCENCIA SERVICIO.
	69.- IDENTIFICAR PROCESOS CRÍTICOS POR PARTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN, PARA PRIORIZAR LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.
	70.- FORMULAR LOS PLANES Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA CADA VIGENCIA DE ACUERDO CON LA PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES IDENTIFICADAS.
	71.- EJECUTAR TODOS LOS PROYECTOS CONTENIDOS DENTRO DEL PIC.
	72.- EVALUAR EL CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL DEL PIC
	73.- SOCIALIZAR A LOS LÍDERES DE PROCESO EL PROCEDIMIENTO INVESTIGATIVO INSTITUCIONAL
	74.- CAPACITAR AL TALENTO HUMANO CON CALIDADES E INTERÉS EN LA INVESTIGACIÓN EN METODOLOGÍA INVESTIGATIVA
	75.- REVISAR REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN REFERENTE AL BENCHMARKING.
27. REALIZAR AUTOEVALUACIÓN ESTANDAR 75 SUA	76.- DISEÑAR EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN INSTITUCIONAL.
28. APROBAR PROYECTO HUMANIZACIÓN EN EL PIC	77.- IMPLEMENTAR ACTIVIDADES PARA EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE APOYO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
	78.- ACOMPAÑAR DE MANERA INDIVIDUAL USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE SOLICITEN ORIENTACIÓN ESPIRITUAL
	79.- VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO NORMATIVO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO,
29. REALIZAR UNA SEMANA DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO	80.- IDENTIFICAR LOS CAMBIOS NORMATIVOS PARA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SGSST),
	81.- APROBAR FORMALMENTE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN NUEVA VERSIÓN.
	82.- DISEÑO CRONOGRAMA DE SOCIALIZACIÓN NUEVA VERSIÓN E INICIO AL PLAN DE SOCIALIZACIÓN 2017 - (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO ESTRUCTURACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST).
	83.- HACER SEGUIMIENTO PERIÓDICO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO ESTRUCTURACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST, EN

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

	COPASST.
	84.- ACTUALIZAR PLAN DE EMERGENCIA Y SUS ANEXOS EN LA E.S.E.
	85.- SOCIALIZACIÓN A TODOS LOS TRABAJADORES Y/O COLABORADORES DE LA E.S.E., PLAN DE EMERGENCIA Y SUS ANEXOS.
30. DOCUMENTAR, Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LEY 1438 DEL 2011 Y RESOLUCIÓN 3409 DEL 2012 PARA EL RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITAR	86.- REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCIÓN 0123 DE 2012- ESTÁNDARES ASISTENCIALES CON CRITERIOS DOCENCIA SERVICIO.
	87.- REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 EN SERVICIO DE FARMACIA
	88.- REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCIÓN 0123 DE 2012 ESTÁNDAR TALENTO HUMANO CON CRITERIOS DOCENCIA SERVICIO.
	89.- LEGALIZAR Y MANTENER LOS CONVENIOS DE ACUERDO AL DECRETO 2376 DE 2010 CON LAS DISTINTAS UNIVERSIDADES.
	90.- RETOMAR PROYECTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA PRESENTADO ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE.
	91.- APOYAR LOS PROGRAMAS DE MATERNO INFANTIL CON ACTIVIDADES ACADÉMICAS, LÚDICAS Y DE PROYECCIÓN SOCIAL.
	92.- ACTUALIZAR PROYECTOS INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL
31. ACTUALIZAR CERTIFICACIÓN PROYECTOS INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL	
32. ACTUALIZAR PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LOS SERVICIO DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL.	93.- REALIZAR ESTUDIO DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA APROBACIÓN DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y MSPS.
	94.- DISEÑAR EL PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO PARA DESARROLLAR PROYECTO DE DISEÑO Y REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ DE VALLEDUPAR-
	95.- GESTIONAR EN MESAS DE TRABAJO TRIPARTITA CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y PLANEACIÓN LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES DE LA VIGENCIAS.
	96.- GESTIONAR LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA REALIZACION DEL DISEÑO ARQUITECTONICO CON NUEVA CAPACIDAD INSTALADA APROBADA
	97.- REALIZAR ESTUDIO DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL PARA APROBACIÓN DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y MSPS.
	98.- DISEÑAR EL PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO PARA DESARROLLAR PROYECTO DE DISEÑO Y REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ DE VALLEDUPAR-
	99.- GESTIONAR EN MESAS DE TRABAJO TRIPARTITA CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y PLANEACIÓN LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES DE LA

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

	VIGENCIAS.
	100.- GESTIONAR LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL.
33.GESTIONAR CERTIFICACIÓN DEL ESTADO DEL PROYECTO: AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS Y PEDIÁTRICOS POR ENTE TERRITORIAL	101- VERIFICAR EL ESTADO DEL PROYECTO: "AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS Y PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR CESAR

Para la Evaluación de las Metas operativas vigencia 2017, 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%
- Acciones en Desarrollo las que una vez se evaluaron se encuentran entre 50 y 79.9%
- 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 2017, 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 2017, alcanzó un cumplimiento del **0,939%**, así:

De las **33 Metas del Plan Operativo** se logró alcanzar satisfactoriamente el cumplimiento de **31** de las **33** Metas propuestas para la vigencia 2017, tal como se detalla a continuación y cuyos soportes corresponden y reposan bajo la responsabilidad de los Líderes de los procesos.

En la siguiente Tabla se registran para cada Meta Operativa Propuesta evaluada las principales acciones realizadas en 2017 indicando la gestión y el Porcentaje de cumplimiento, para alcanzar las Metas y Objetivos Estratégicos por Estrategia y Proyecto, observando el cumplimiento satisfactorio de **31 Metas Operativas**, en Desarrollo se encuentran **2 Metas operativas** en desarrollo, que serán objeto de priorización para el Plan de Acción o POA de la vigencia 2018, 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.

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 1</b>		<b>CAMINANDO CON NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>			
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b>		<b>LOGRAR SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>			
<b>META ESTRATEGICA 1</b>		<b>LOGRAR SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA DE NUESTROS USUARIOS CONSTANTE MAYOR DEL 90%</b>			
<b>AREAS O SERVICIOS</b>		<b>GERENCIA, CORDINACIÓN ASISTENCIAL Y OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO Y FAMILIA.</b>			
<b>ESTRATEGIA 1</b>		ADAPTAR Y/O ADOPTAR, IMPLEMENTAR, MEDIR Y MEJORAR EL MODELO DE ATENCIÓN ASISTENCIAL- SEGÚN EL MIAS - DE LA ESE HRPL, GARANTIZANDO SATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS			
<b>PROYECTO 1</b>		OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA EN LA INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE CITAS, CON IDENTIFICACIÓN DE DEMANDA INSATISFECHA, LOGRANDO PLENA SATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS.			
<b>META PLAN OPERATIVO 1</b>		<b>SATISFACCIÓN DEL USUARIO &gt; AL 90%</b>			
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>					
<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>	
1	REALIZAR CAPACITACIÓN PERMANENTE A LOS USUARIOS EN DEBERES Y DERECHOS.	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REALIZA ACTIVIDADES PERMANENTES DE CAPACITACIÓN DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN USUARIA EN TEMAS DE DEBERES Y DERECHOS, PROCESOS PRIORITARIOS, SEGURIDAD PACIENTE	
2	IMPLEMENTAR EL SISTEMA INTEGRAL DE CITAS POR MEDIO DE LOS ENLACES ENTRE HRPL, LAS EPS Y LOS MUNICIPIOS;	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SE ARTICULA CON MEJORES PAGADORES (EPS Y SAC DE LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO CON CALL CENTER Y SIAU DEL HOSPITAL, A TRAVÉS DEL ENLACE CONTRATADO RESPONSABLE DE GARANTIZAR LAS CITAS, ASÍ COMO SOLUCIÓN A INCONVENIENTES CON USUARIOS, PRIORIZANDO A AFILIADOS DE MEJORES PAGADORES DE LA ESE, ALCANZANDO UN 100% DE CUMPLIMIENTO.	
3	REALIZAR ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO, EVALUAR LAS PQRS MENSUALES. SOCIALIZAR Y MEDIR LA ADHERENCIA AL CLIENTE INTERNO SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, EVALUANDO SATISFACCIÓN DEL USUARIO ATENDIDO EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE. ALCANZANDO UNA SATISFACCIÓN DEL USUARIO PARA LA VIGENCIA DE 95,14% Y 4, 86 DE INSATISFACCIÓN. SE ENMARCA LA MAYOR INSATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA INOPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DIARIA EN LA CONSULTA EXTERNA POR LOS MD ESPECIALISTAS, Y LA NO RESPUESTA DEL CALL CENTER A LAS SOLICITUDES DE CITAS.	

<b>LÍNEA 1</b>		<b>CAMINANDO CON NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO 1</b>		<b>LOGRAR SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA DE NUESTROS USUARIOS Y USUARIAS</b>				
<b>META ESTRATEGICA 1</b>		<b>LOGRAR SATISFACCIÓN Y ADHERENCIA DE NUESTROS USUARIOS CONSTANTE MAYOR DEL 90%</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>		<b>GERENCIA, CORDINACIÓN ASISTENCIAL Y OFICINA ATENCIÓN AL USUARIO Y FAMILIA.</b>				
<b>ESTRATEGIA 2</b>		DOCUMENTAR, DESPLEGAR, IMPLEMENTAR, MEDIR Y MEJORAR EL MODELO DE RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.				
<b>PROYECTO 2</b>		DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DESARROLLANDO AUDIENCIAS PÚBLICAS, USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO APOYO EN LA GESTION TRANSPARENTE.				
<b>META PLAN OPERATIVO 2</b>		<b>SATISFACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR &gt; AL 50%</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>						
<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>		
4	REALIZAR CONVOCATORIA Y REUNIONES	SI	SE CUMPL	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%. SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

CIUDADANIA Y ASOCIACIONES COMUNITARIAS,		PERMANENTES CON LA PARTICIPACIÓN DE REPRESENTANTES DE LA ASOCIACIÓN DE USUARIO INTERNO.	E LA META SATISF ACCIÓN CON LA GESTIÓN INFORMADA EN RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA ANTERIOR = 54%. Fuente: ACTA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2016.	SI	USUARIO INTERNO DE LOS PRINCIPALES INCONVENIENTES DE LA INSTITUCIÓN, EN SU MAYORÍA RELACIONADAS CON LA ADMINISTRACIÓN DEL TALENTO HUMANO, PRESUPUESTO, FACTURACIÓN, PLANES DE MEJORAMIENTO CONTINUO, ASÍ COMO REUNIONES CON GERENCIA Y EQUIPO DIRECTIVO MIEMBROS ASOUSUARIOS DE LA ESE.
5. REALIZAR RENDICIÓN DE CUENTAS.	5	PREPARAR Y REALIZAR RENDICIÓN DE CUENTAS ANUAL SOBRE RESULTADO VIGENCIA ANTERIOR		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZÓ INFORME RENDICIÓN DE CUENTAS VIGENCIA 2016, 28 DE MARZO DE 2017, LA PUBLICACIÓN DEL RESULTADO SE ENCUENTRA EN ACTA PUBLICADA EN LA PÁGINA WEB INSTITUCIONAL.

<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>LOGRAR UN PORCENTAJE DE GLOSA Y DEVOLUCIÓN INICIAL MENOR AL 15%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN NTEGRAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 3</b>	<b>DOCUMENTAR, AJUSTAR, MEDIR Y MEJORAR PRODUCTIVIDAD OPTIMIZANDO SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN DE LA ESE HRPL, GARANTIZANDO LA MAYOR EFICIENCIA POSIBLE.</b>
<b>PROYECTO 3</b>	<b>GENERAR ESTRATEGIAS DE DOTACIÓN Y CAPACITACIÓN EN EL TALENTO HUMANO</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 3</b>	<b>DISMINUIR EN UN 10% LA GLOSA Y DEVOLUCIÓN INICIAL</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
6.- IDENTIFICAR PRINCIPLES CAUSAS DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE., DEFINIR ESTRATEGIAS PARA LA CONTENCIÓN DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE. HACER SEGUIMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CAUSAS DE GLOSA EN LA ESE.	6	IDENTIFICAR PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, IDENTIFICAR ESTRATEGIAS PARA CONTRARRESTAR CAUSAS DE GLOSAS DETECTADAS EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN.	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SEMESTRALMENTE SE IDENTIFICARON LAS 25 PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS GENERADAS POR LAS DISTINTAS EPS, CON EL OBJETIVO DE RETROALIMENTAR A LA GERENCIA Y A LOS DIFERENTES SERVICIOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL SE PROPONE E IMPLEMENTA 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.

7.- IDENTIFICAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE DOTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	7	IDENTIFICAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE DOTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 IDENTIFICAR LAS NECESIDADES MÍNIMAS DE DOTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	18%.Fuente: SIHO – FORMULARIO FACTURACIÓN 2016 vs 2017	SI	CALIFICACIÓN 80%, SE AUTOEVALUAN LOS SERVICIOS DE ALTA ROTACIÓN EN LA ESE, SEGÚN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, Y SE IDENTIFICA NECESIDAD DE ADECUACIÓN DE LOS CONSULTORIOS DE CONSULTA EXTERNA PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO, EN ESPECIAL EN SERVICIOS AMBULATORIOS DE ALTA ROTACIÓN.
--	---	---	--	----	---

<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>LOGRAR UN PORCENTAJE DE GLOSA Y DEVOLUCIÓN INICIAL MENOR AL 15%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN INTEGRAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 4</b>	DOCUMENTAR, DESPLEGAR, IMPLEMENTAR, MEDIR Y MEJORAR LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS CON APROVECHAMIENTO DE LA INTERRELACION DE LOS DISTINTOS MODULOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.
<b>PROYECTO 4</b>	OPTIMIZAR EL MODELO DE FACTURACIÓN EFICIENTE, CON CALIDAD Y EFECTIVIDAD.
<b>META PLAN OPERATIVO 4</b>	<b>FIRMAR CONTRATO CON SYAC ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL.NET VERSIÓN 2017</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
8.- ACTUALIZAR LOS MÓDULO CON INTERFASE EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN INTEGRAL, REALIZAR CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN DIRIGIDO A TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO INTEGRAL DE FACTURACIÓN PARA CADA VIGENCIA, IDENTIFICAR NECESIDADES DE DOTACIÓN Y CAPACITACIÓN ESPECÍFICAS EN EL PROCESO INTEGRAL DE FACTURACIÓN PARA CADA VIGENCIA	8	ACTUALIZAR LOS MÓDULO CON INTERFASE EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN INTEGRAL,	SI SE CUMPLE LA META SE FIRMA UN (1) CONTRATO CON SYAC	SI NO	CALIFICACIÓN 100%, SE CONTRATA LA ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA. NET,
	9	CAPACITAR A LOS RESPONSABLES DEL PROCESO DE FACTURACIÓN INTEGRAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DETECTADAS.	PARA LA ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL.NET VERSIÓN 2017 Fuente: CONTRATO No. 083/2017 ESE SYAC.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE CAPACITA EN INDUCCIÓN AL RECURSO HUMANO QUE SE INCORPORA EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS O ASISTENCIALES, SE IDENTIFICAN NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN FACTURADORES, AUDITORES, PERSONAL DE FARMACIA, MÉDICOS Y PARAMÉDICOS EN SUS DIFERENTES ROLES EN EL SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIO.NET PARA IMPACTAR PROCESO DE FACTURACIÓN

<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>AUMENTAR MARGEN NETO DE UTILIDAD ANUALMENTE UN 2 % ACUMULABLE.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN INTEGRAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 5</b>	MEDIR Y MEJORAR EL FLUJO DE CAJA, QUE GARANTICE EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONAL.
<b>PROYECTO 5</b>	GARANTIZAR ESTRATEGIAS DE RECAUDO EFECTIVO, OPORTUNO Y DE CARTERA CORRIENTE
<b>META PLAN OPERATIVO 5</b>	<b>PRESENTAR REGLAMENTO INTERNO DE CARTERA (1) DOCUMENTO A LA JUNTA DIRECTIVA.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
9- 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.	10	DISEÑAR, MANUAL DE CARTERA DE LA ESE PARA SU PRESENTACIÓN ANTE LA JUNTA DIRECTIVA. GESTIONAR LA RECUPERACIÓN DE LOS TÍTULOS JUDICIALES DE VIGENCIAS ANTERIORES, HACER SEGUIMIENTO A LOS TÍTULOS JUDICIALES DE LA VIGENCIA,	SI SE CUMPLE LA META SE PRESENTA REGLAMENTO INTERNO DE CARTERA (1) DOCUMENTO A LA JUNTA DIRECTIVA PARA SU APROBACIÓN. FUENTE: ACTA DE JUNTA DIRECTIVA A N°. 329 DEL 27 DE DICIEMBRE DEL 2017	SI	CALIFICACIÓN 85%, SE PRESENTA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE MANUAL DE CARTERA DISEÑADO POR LA ADMINISTRACIÓN, QUEDANDO SUJETA SU APROBACIÓN HASTA REVISAR MANUALES DE PROCEDIMIENTO Y FUNCIONES, SE CONTINÚA CON LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE UN ABOGADO PARA FORTALECER EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE TÍTULOS JUDICIALES, Y HACER SEGUIMIENTO A LA TRAZABILIDAD DE LOS PROCESOS JUDICIALES QUE POR EMBARGOS AFECTEN LOS RECURSOS DEPOSITADOS EN LAS CUENTAS BANCARIAS DE LA ESE, Y SE ADICIONA A LOS CONTRATOS DE LOS ABOGADOS EXTERNOS ADSCRITOS A LA ESE LA OBLIGACIÓN NÚMERO 25. "PRESENTAR DE MANERA OPORTUNA LA INFORMACIÓN DE LOS PROCESOS JUDICIALES NOTIFICADOS DE LA ESE, PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS CONTABLES Y DE TESORERÍA PARA CONTROLAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS PROCESOS JURÍDICOS EN CONTRA DEL HOSPITAL

<b>ÍNEA 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>AUMENTAR MARGEN NETO DE UTILIDAD ANUALMENTE UN 2 % ACUMULABLE.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN INTEGRAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 6</b>	<b>INCREMENTAR LA PRODUCTIVIDAD DE LA CAPACIDAD INSTALADA POR DOS VIAS: DISMINUYENDO ESTANCIAS E INCREMENTANDO CAPACIDADES TECNOLOGICAS Y HUMANAS.</b>				
<b>PROYECTO 6</b>	<b>GERENCIAR ESTRATEGIAS DENTRO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD QUE FORTALEZCAN EL SISTEMA DE CONTRAREFERENCIA.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 6</b>	<b>RESOCIALIZAR PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA AL PERSONAL DE URGENCIAS Y REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
10.- CONCERTAR CON LA RED DE BAJA COMPLEJIDAD Y LAS DIFERENTES EAPB EL CUMPLIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	11	CONTACTAR HOSPITALES DE PRIMER NIVEL DE LA ZONA NORTE PARA FORTALECER SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	SI SE CUMPL E LA META SE RESOCIALIZA PROCE SO DE REFER ENCIA Y CONTR ARREF ERENC IA AL PERSO NAL DE URGEN CIAS Y REFER ENCIA Y CONTR ARREF ERENC IA,	SI NO	CALIFICACIÓN 95%, SE VISITÓ HOSPITALES ZONA NORTE POR REFERENTE SOAT DE LA ESE, SE VISITÓ HEAD DE VALLEDUPAR PARA ARTICULAR MEDIDAS INTERINSTITUCIONALES EN TORNO A LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, SE PARTICIPA EN REUNIÓN CONVOCADA POR ENTE TERRITORIAL PARA ARTICULAR MEDIDAS INTERINSTITUCIONALES EN TORNO A LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.
11.- RESOCIALIZAR EL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA AL PERSONAL MÉDICO, MEDICINA ADHERENCIA A CONTRAREFERENCIA.	12	RESOCIALIZAR PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Y CONTR ARREF ERENC IA AL PERSO NAL DE URGEN CIAS Y REFER ENCIA Y CONTR ARREF ERENC IA, Fuente: ACTAS DE ASISTE NCIA REUNI ÓN Y/O CAPACITACIÓ N.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA A PERSONAL ASISTENCIAL ENFERMERAS COORDINADORAS DESERVICIO DE URGENCIAS Y OTROS SERVICIOS TRABAJADORAS SOCIALES, CONDUCTORES DE AMBULANCIA, RESPONSABLES DEL PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, ENTRE OTROS.

Nit: 892.399.994-5

<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>4. LOGRAR UN EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO HASTA EL 90%.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN INTEGRAL.</b>					
<b>ESTRATEGIA 7</b>	<b>ESTABLECER UNA UNIDAD DE COMERCIALIZACIÓN CON ENFOQUE Y LA GESTIÓN DE LOS CONTRATOS CON ESTAS ENTIDADES.</b>					
<b>PROYECTO 7</b>	<b>DISEÑAR ESTRATEGIAS DE VENTAS DE SERVICIOS INCLUYENDO SUPRAESPECIALIDADES EN LOS SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA DESDE LA POSICIÓN DE PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO SEGÚN NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 7</b>	<b>AUMENTAR EN UN 10% CONTRATACIÓN CON EAPB.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>	
12.- CREAR UNA UNIDAD INTERDISCIPLINARIA ASISTENCIAL, JURÍDICA Y PLANEACIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LA ETAPA PRECONTRACTUAL PARA LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A LAS DISTINTAS EAPB, RÉGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES, INCLUYENDO SUPRAESPECIALIDADES EN LOS SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA, DEFINIR EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN DE LA ESE COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.	13	ESTABLECER TARIFAS INSTITUCIONALES PARA LOS DISTINTOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA ESE A LOS DISTINTOS CLIENTES, VISITAR A LOS POTENCIALES CLIENTES, CONCERTAR LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES PARA LA VENTA DE SERVICIOS A LOS DISTINTOS CLIENTES, FIRMAR CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS Y SOPORTADOS	SI SE CUMPLE LA META SE AUMENTA EN MÁS DEL 10% CONTRATACIÓN CON EAPB EN 2017 Vs 2016 Fuente: SIHO – FORMULARIO FACTURACIÓN 2016 vs 2017.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE CUENTA CON CRONOGRAMA DE VISITAS, SE INSTITUCIONALIZA UNIDAD INTERDISCIPLINARIA COORDINACIÓN ASISTENCIAL, OFICINA JURÍDICA, LÍDER DE AUDITORÍA Y JEFE DE PLANEACIÓN PARA DEFINIR TÉRMINOS DE LAS MINUTAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS, TARIFAS Y REVISIÓN DE LAS CONTRAPROPUESTAS, SE DEFINEN Y ADOPTAN TARIFAS PARA SUPRA ESPECIALIDADES SE OFERTAN EN LA CONTRATACIÓN VIGENTE, SE ADELANTA VISITAS A EAPB SIN CONTRATACIÓN VIGENTE, SE AVANZÓ EN LA CONTRATACIÓN CON EPS Y OTRAS EAPB. SE CUENTA CON MÁS DEL 90% DE LA CONTRATACIÓN POR VENTA DE SERVICIOS FORMALIZADA Y EN EJECUCIÓN SE NOTIFICA AL 100% DE LAS EAPB CONTRATADAS DEL VENCIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN EN LA PRESENTE VIGENCIA
				SI		
13.- HABILITAR SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRÍA SEGÚN 2003 DE 2014.	14	HABILITAR SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRÍA SEGÚN 2003 DE 2014.		SI		CALIFICACIÓN 100%, SE AUTOEVALÚAN REQUISITOS NORMATIVOS PARA HABILITAR SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRÍA SEGÚN 2003 DE 2014 Y REPORTA NOVEDAD EN REPS CESAR

Nit: 892.399.994-5

<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>4. LOGRAR UN EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO HASTA EL 90%.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN NTEGRAL.</b>					
<b>ESTRATEGIA 8</b>	RECAUDAR HASTA EL 90 % DEL INGRESO RECONOCIDO POR FACTURACIÓN RADICADA EN LA VENTA DE SERVICIOS DE LA OPERACIÓN CORRIENTE E INGRESOS DE CARTERA DE LA VIGENCIA ANTERIOR.					
<b>PROYECTO 8</b>	OPTIMIZAR EL PROCESO DE PLANEACIÓN, CONTRATACIÓN Y APOYO JURIDICO EN LA RELACIÓN COMERCIAL DE LA ENTIDAD.					
<b>META PLAN OPERATIVO 8</b>	<b>LOGRAR UN EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO &gt; 60%.</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>	
14.- CREAR UNA UNIDAD INTERDISCIPLINARIA ASISTENCIAL, JURÍDICA Y PLANEACIÓN DE PLANIFICACIÓN DE LA ETAPA PRECONTRACTUAL PARA LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD A LAS DISTINTAS EAPB, REGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES, INCLUYENDO SUPRAESPECIALIDADES EN LOS SERVICIO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA, DEFINIR EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN DE LA ESE COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN.	15	ESTABLECER TARIFAS INSTITUCIONALES PARA LOS DISTINTOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA ESE A LOS DISTINTOS CLIENTES, VISITAR A LOS POTENCIALES CLIENTES, CONCERTAR LAS CLÁUSULAS CONTRACTUALES PARA LA VENTA DE SERVICIOS A LOS DISTINTOS CLIENTES, FIRMAR CONTRATOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS Y SOPORTADOS.	SI SE CUMPLE LA META SE ALCANZA EL EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO > 60%. Fuente: SIHO – FORMULARIO FACTURACIÓN N 2016 vs 2017	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, CONFORME A LAS FACULTADES OTORGADAS POR LA JUNTA DIRECTIVA SE DEFINEN TARIFAS PARA ESPECIALIDADES CON BAJA OFERTA EN LA REGIÓN, LABORATORIOS NO INCLUIDOS EN EL TARIFARIO SOAT, ENTRE OTROS, SE REALIZA CRONOGRAMA DE VISITAS SE PROPONEN CONDICIONES, SE NOTIFICA AL 100% DE LAS EAPB LAS NUEVAS TARIFAS PARA LA VIGENCIA 2017. SE REVISAN TARIFAS Y SE PACTA LA PRESTACIÓN DE SERVICIO, SE NOTIFICA AL 100% DE LAS EAPB LAS FECHAS DE VENCIMIENTO CON INVITACIÓN PARA CONTINUAR PRESTANDO LOS SERVICIOS EN LA NUEVA VIGENCIA.
				SI		

<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 5</b>	<b>LOGRAR ALIANZAS COMERCIALES PUBLICO/PRIVADAS QUE RETRIBUYAN EN ECONOMÍA FAVORABLES PARA NUESTRA INSTITUCIÓN.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN NTEGRAL</b>					
<b>ESTRATEGIA 9</b>	LOGRAR LA CONSECUCIÓN Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA QUE SIEMPRE GENEREN INGRESO EFECTIVO A NUESTRA ENTIDAD, FAVORECIENDO AL FINAL DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS.					
<b>PROYECTO 9</b>	PARTICIPAR EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA MUNICIPALES Y DEPARTAMENTALES RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES GENERANDO INGRESOS Y GANANCIAS ADICIONALES PARA NUESTRA EMPRESA.					
<b>META PLAN OPERATIVO 9</b>	<b>PRESENTAR COMO MÍNIMO UN PROYECTO PARA GENERAR RECURSOS PARA LA ESE</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>	
15.- GESTIONAR PROYECTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL BANCO DE LECHE HUMANA IMPACTANDO LA DESNUTRICIÓN EN PRIMERA INFANCIA, GENERANDO RECURSOS PARA LA ESE.	16	GESTIONAR ANTE LOS ENTES TERRITORIALES (SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LOCAL), PROYECTOS PARA INTERVENIR LAS DIMENSIONES EN SALUD PÚBLICA	SI SE CUMPLE LA META SE PRESENTAN DOS PROYECTOS: AL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y MUNICIPIO DE VALLEDUPAR	si	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE IDENTIFICA PROYECTO PARA GESTIONAR RECURSOS PARA LA ESE A TRAVÉS DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN LAS DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA (NUTRICIÓN) SE PRESENTA PROPUESTA AL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y MUNICIPIO DE VALLEDUPAR A TRAVÉS DEL SERVICIO ESPECIALIZADO DE BANCO DE LECHE HUMANA Y MÉTODO MADRE
				si		

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

		BENEFICINDO A Población Y GENERANDO RECURSOS PARA LA ESE.	A TRAVÉS DEL SERVICIO ESPECIALIZADO DE BANCO DE LECHE HUMANA Y MÉTODO MADRE CANGURO POR VALOR DE (\$110.000.000,) Y (\$40.000.000,) RESPECTIVAMENTE. Fuente: CONVENIOS No. 900 ESE-ALCALDÍA, Y. 2017-02-1142 ESE-SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTO CESAR-ARCHIVO OFICINA JURÍDICA		CANGURO POR VALOR DE CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) Y (\$40.000.000,00) RESPECTIVAMENTE, SE PERFECCIONAN CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS NO.2017-02-1142 CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTO CESAR, POR VALOR DE CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) Y No.900 DE CON LA ALCALDÍA, POR VALOR DE CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000,00, SE EJECUTAN SATISFACTORIAMENTE LOS CONTRATOS NOS. 2017-02-1142 CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) y No.900 DE CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000,00. SE ENCUENTRAN EVIDENCIAS EN LAS OFICINA MATERNOINFANTIL, SUBGERENCIA FINANCIERA Y OFICINA JURÍDICA.
--	--	---	--	--	--

<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 5</b>	<b>LOGRAR ALIANZAS COMERCIALES PUBLICO/PRIVADAS QUE RETRIBUYAN EN ECONOMÍA FAVORABLES PARA NUESTRA INSTITUCIÓN.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN INTEGRAL</b>
<b>ESTRATEGIA 10</b>	DOCUMENTAR, MEDIR Y MEJORAR LA DISMINUCIÓN DE NUESTROS COSTOS, GARANTIZANDO EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS, FAVORECIENDO LOS SERVICIOS CON CALIDAD, COSTOS
<b>PROYECTO 10</b>	IMPLEMENTAR ALTERNATIVAS EFICIENTES, OPORTUNAS, ACCESIBLES PARA MEJORAR EL SERVICIOS DE FARMACIA POR MEDIO DE LA CENTRAL DE MEZCLAS.
<b>META PLAN OPERATIVO 10</b>	<b>PRESENTAR UN ESTUDIO DE NECESIDAD Y CONVENIENCIA A GERENCIA PARA EL MONTAJE DE LA CENTRAL DE MEZCLAS DEL SERVICIO FARMACÉUTICO.</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	
			SI	NO		
16. DEFINIR LAS NECESIDADES PARA EL MONTAJE DE LA CENTRAL DE MEZCLA, SU IMPLEMENTACIÓN, Y EVALUACIÓN DE SU RESULTADO	17	REALIZAR EL ESTUDIO APROBADO PARA EL MONTAJE DE LA CENTRAL DE MEZCLAS EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO DE LA ESE.	SI CUMPLE LA META SE IMPLEMENTAN ACCIONES DE MEJORA EN INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN CENTRAL DE MEZCLAS, Fuente Of FARMACIA	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REvisa MARCO NORMATIVO, SE IDENTIFICAN MEJORAS PARA IMPLEMENTAR MARCAJE DE PRODUCTOS POR EL SISTEMA DE CÓDIGO DE BARRAS, Y ALMACENAJE Y DISPENSACIÓN POR DOSIS PRODUCTOS SÓLIDOS, SE DOCUMENTA ESTUDIO CON LAS NECESIDADES DE LA CENTRAL DE MEZCLAS.

Nit: 892.399.994-5

<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 5</b>	<b>LOGRAR ALIANZAS COMERCIALES PUBLICO/PRIVADAS QUE RETRIBUYAN EN ECONOMIA FAVORABLES PARA NUESTRA INSTITUCIÓN.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>SUBGERENCIA FINANCIERA, CARTERA, ESTADÍSTICAS, CALIDAD, EPIDEMIOLOGÍA, SISTEMAS, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, AUDITORIA CONCURRENTE, FACTURACIÓN NTEGRAL</b>				
<b>ESTRATEGIA 10</b>	<b>DOCUMENTAR, MEDIR Y MEJORAR LA DISMINUCIÓN DE NUESTROS COSTOS, GARANTIZANDO EFICIENCIA EN LA ADQUISICIÓN DE INSUMOS, FAVORECIENDO LOS SERVICIOS CON CALIDAD, COSTOS</b>				
<b>PROYECTO 11</b>	<b>MEDIR Y MEJORAR EL MODELO DE COSTOS CONFIABLE, CLARO Y VERAZ POR UNIDADES FUNCIONALES.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 11</b>	<b>CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÓDULO DE COSTOS SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA .NET</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
17.- ACTUALIZAR EL MÓDULO DE COSTOS, CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE COSTOS, E INICIAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE COSTOS POR UNIDAD FUNCIONAL, DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA COSTOS BASADOS EN ACTIVIDADES (ABC).  17.- ACTUALIZAR EL MÓDULO DE COSTOS, CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE COSTOS, E INICIAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE COSTOS POR UNIDAD FUNCIONAL, DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA COSTOS BASADOS EN ACTIVIDADES (ABC). GENERAR INFORMES DE ANÁLISIS DE COSTOS TRIMESTRALES	18	ACTUALIZAR EL MÓDULO DE COSTOS, CAPACITAR AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE COSTOS, E INICIAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE COSTOS POR UNIDAD FUNCIONAL, DE ACUERDO A LA METODOLOGÍA COSTOS BASADOS EN ACTIVIDADES (ABC).	SI SE CUMPL E LA META SE CAPACI TA AL PROFE SIONAL UNIVE RSITAR IO DE COSTO S MÓDUL O DE COSTO S SISTEM A DE INFOR MACIÓ N DINÁMI CA GEREN CIAL HOSPIT ALARIA .NET Fuente: ACTAS DE ASISTE NCIA REUNI ÓN Y/O CAPACI TACIÓ N.. Fuente. Of SISTEM AS	SI NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REALIZA ESTUDIO DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA PARA EL MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA.NET, SE FORMALIZA EL CONTRATO QUE INCLUYE ACTUALIZACIÓN MÓDULO DE COSTOS. SE INICIA CAPACITACIÓN AL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE COSTOS EN EL MÓDULO SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA. NET AL CIERRE DE A VIGENCIA SE ENCUENTRA PARCIALMENTE EL DILIGENCIAMIENTO DE ALGUNAS BASES DE DATOS E INFORMES EN EL MÓDULO SISTEMA DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA. NET.

Nit: 892.399.994-5

LÍNEA 3	CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.
OBJETIVO ESTRATEGICO 3	PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL
META ESTRATEGICA 6.	MEJORAR LOS INDICADORES DERIVADOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A USUARIOS Y USUARIAS QUE ASISTEN A LA ENTIDAD LA ENTIDAD EN EL 80%.
AREAS O SERVICIOS	GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.
ESTRATEGIA 11	PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DE NUESTRA EMPRESA, EN ATENCIONES COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO CON CALIDAD DENTRO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS
PROYECTO 12	LIDERAR LA IMPLEMENTACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD EN EL DEPARTAMENTO Y REGIÓN CIRCUNVECINA.
META PLAN OPERATIVO 12	CAPACITAR A TALENTO HUMANO LÍDER DE PROCESOS EN PAIS, MIAS, RIAS

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
18.- ADOPTAR, ADAPTAR E IMPLEMENTAR EL MODELO MIAS RELACIONADO CON LA ESE HRPL	19	GESTIONAR ASISTENCIAS TÉCNICAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES METODOLÓGICAS Y OPERATIVAS CON SECRETARIA DE SALUD DPARTAMENTAL, MSPS E IPS DE RED NORTE DEL DEPARTAMENTO (HOY DE BAJA COMPLEJIDAD), PARA DEFINIR EL ROL DEL HOSPITAL EN EL NUEVO MODELO MIAS-RIAS.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE ASISTE A CONVOCATORIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LOS DÍAS 27 Y 28 DE FEBRERO: I JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES EN EL MARCO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 Y DE LAS RUTAS INTEGRADAS EN SALUD RIAS, SE SOLICITA FORMALMENTE AL ENTE DEPARTAMENTAL ASISTENCIA TÉCNICA SOBRE LA POLÍTICA PAIS, MIAS Y RIAS Y EL ENFOQUE METODOLÓGICO PARA LA ADOPCIÓN DE LAS RUTAS MATERNO PERINATAL Y SALUD MENTAL Y ALTERACIONES NUTRICIONALES, SE REALIZA REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL CON DELEGADOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL SEGUIMIENTO AL AVANCE INTERNO EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA PAIS. SE ASISTE A SEMINARIO TALLER FUNCIONARIOS DE DISTINTOS PROCESOS A LA MESA DE TRABAJO AVANZAR EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RPMS ORGANIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LOS DÍAS 3 Y 4 DE OCTUBRE CON APOYO DEL MSPS.
	20	REVISAR, ADOPTAR Y ADAPTAR LAS RIAS DE ACUERDO A LA DEFINICIÓN DEL HOSPITAL COMO PRESTADOR DE SERVICIOS EN EL MIAS.	SI	NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REALIZAN MESAS DE TRABAJO DE LA RUTA INTEGRAL DE SALUD MATERNO PERINATAL, Y DE SEGUIMIENTO A LAS RUTAS INTEGRALES MATERNO PERINATAL Y SALUD MENTAL, SE REALIZA REVISIÓN NORMATIVA Y CIENTÍFICA CON PARTICIPACIÓN DE COORDINADORES ASISTENCIAL, PSIQUIATRÍA, MATERNO INFANTIL, URGENCIAS, MÉDICO QUIRÚRGICO, EPIDEMIÓLOGA, LÍDERES DE DOCENCIA, CALIDAD MECI, PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE ADMISIÓN, REPRESENTANTE DE LOS USUARIOS ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE HRPL, Y GRUPO DE PLANEACIÓN.
	21	REALIZAR PROCESO DE CONCERTACIÓN CONTRACTUAL CON LAS EAPB.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, E CUENTA CON CRONOGRAMA DE VISITAS, SE ORGANIZÓ EQUIPO INTERINSTITUCIONAL POR COORDINACIÓN ASISTENCIAL, OFICINA

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

					JURÍDICA, LÍDER DE AUDITORÍA Y JEFE DE PLANEACIÓN PARA DEFINIR TÉRMINOS DE LAS MINUTAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS, TARIFAS Y REVISIÓN DE LAS CONTRAPROPUESTAS. SE DEFINEN TARIFAS PARA SPRAESPECIALIDADES SE ADJUNTAN A LA CONTRATACIÓN VIGENTE, SE ADELANTAN VISITAS A EAPB SIN CONTRATACIÓN VIGENTE, SE AVANZÓ EN LA CONTRATACIÓN CON EPS Y OTRAS EAPB. SE CUENTA CON MÁS DEL 75% DE LA CONTRATACIÓN POR VENTA DE SERVICIOS FORMALIZADA Y EN EJECUCIÓN SE NOTIFICA AL 100% DE LAS EAPB DEL VENCIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN EN LA PRESENTE VIGENCIA.
	22	REALIZAR PROCESO DE CONCERTACIÓN CONTRACTUAL CON LAS EAPB.		SI	CALIFICACIÓN 100%, E CUENTA CON CRONOGRAMA DE VISITAS, SE ORGANIZÓ EQUIPO INTERINSTITUCIONAL POR COORDINACIÓN ASISTENCIAL, OFICINA JURÍDICA, LÍDER DE AUDITORÍA Y JEFE DE PLANEACIÓN PARA DEFINIR TÉRMINOS DE LAS MINUTAS PARA LA CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS, TARIFAS Y REVISIÓN DE LAS CONTRAPROPUESTAS. SE DEFINEN TARIFAS PARA SPRAESPECIALIDADES SE ADJUNTAN A LA CONTRATACIÓN VIGENTE, SE ADELANTAN VISITAS A EAPB SIN CONTRATACIÓN VIGENTE, SE AVANZÓ EN LA CONTRATACIÓN CON EPS Y OTRAS EAPB. SE CUENTA CON MÁS DEL 75% DE LA CONTRATACIÓN POR VENTA DE SERVICIOS FORMALIZADA Y EN EJECUCIÓN SE NOTIFICA AL 100% DE LAS EAPB DEL VENCIMIENTO DE LA CONTRATACIÓN EN LA PRESENTE VIGENCIA.
	23	REALIZAR SEGUIMIENTO AL PROCESO DE AVANCE DE REALIZAR IMPLEMENTACIÓN DEL MIAS EN LA ESE HRPL.		SI	CALIFICACIÓN 90%, MESA DE TRABAJO DE SEGUIMIENTO PARA REALIZAR PROPUESTA DE ADOCIÓN DE LA RUTA INTEGRAL MATERNO PERINATAL SOCIALIZACIÓN AL EQUIPO LÍDER DE LA ESE HEAD DE LAS ESTRATEGIAS DE APOYO A LA GESTANTE Y LA INFANCIA POR LA ESE CON EL OBJETIVO DE VISIBILIZAR EL APOYO EN LOS DIFERENTES HITOS DE LA RUTA MATERNO PERINATAL SE REVISÓ EL HITO NO. 5.6 Y EN ESPECIAL EL HITO NO.8: CON LA ESTRATEGIA DE BANCO DE LECHE HUMANA Y MÉTODO MADRE CANGURO, CON PARTICIPACIÓN DE COORDINADORA MATERNO INFANTIL, EQUIPO BLH -MMC, CONSEJERAS EN LACTANCIA MATERNA COMUNITARIAS Y DE LA ESE HEAD SEDE SAN MARTIN Y NEVADA.
	24	APOYAR INSTITUCIONALMENTE PARA QUE SE PRIORICE VALLEDUPAR COMO MUNICIPIO MODELO PARA LA ARTICULACIÓN DEL MIAS Y LAS RIAS PRIORIZADAS POR EL MSPS		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DEFINE CON EL DEPARTAMENTO DEL CESAR EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR PARA OPERAR COMO PILOTO DE LA RIA MATERNO PERINATAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR.

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA 7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 11</b>	PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DE NUESTRA EMPRESA, EN ATENCIONES COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO CON CALIDAD DENTRO DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD - MIAS
<b>PROYECTO 13</b>	POSICIONAR EL HOSPITAL COMO: 1) EL HOSPITAL COMO PILAR DE LA RED. 2) EL HOSPITAL COMO GENERADOR DE INNOVACIÓN.
<b>META PLAN OPERATIVO 13</b>	<b>LIDERAR COMO PILOTO LA RIA MATERNO PERINATAL EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR ENFOCADO A DESNUTRICIÓN INFANTIL</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
19.- HOSPITAL COMO PILAR DE RED: ADOPTAR, ADAPTAR E IMPLEMENTAR LA RIA MATERNO PERINATAL COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO DE LA ZONA NORTE DEL DEPARTAMENTO	25	APOYAR A LA GERENCIA EN LA SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA LA ADOPCIÓN, ADAPTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA MATERNO PERINATAL	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE PRESENTÓ OFICIO AL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD, LA CUAL SE ENCUENTRA CUMPLIDA POR EL ENTE TERRITORIAL.
	26	REALIZAR CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA MATERNO PERINATAL UNA VEZ APROBADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL DEPARTAMENTAL SOCIALIZAR A CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE.	SI SE CUMPL E LA META SE CERTIF ICA LA ESE COMO LIDER PILOTO DE LA RIA ALTER	NO	CALIFICACIÓN 50%, EL ASESOR DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN DE LA E.S.E. ESTÁ A LA EXPECTATIVA DEL DOCUMENTO RED ACTUALIZADO QUE ENTREGUE EL ENTE TERRITORIAL, SIN EMBARGO, SE INDICA QUE POR COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EL PROYECTO DEL DOCUMENTO APARECE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ COMO CABEZA DE RED EN LA ZONA NORTE COMO PRESTADOR PRIMARIO DE LA RUTA MATERNO PERINATAL A LA FECHA DE ESTA EVALUACIÓN.
20.- HOSPITAL COMO PILAR DE RED:ADOPTAR, ADAPTAR E IMPLEMENTAR LA RIA ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA COMO PRESTADOR PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO DE LA ZONA NORTE DEL DEPARTAMENTO	27	APOYAR A LA GERENCIA EN LA ARTICULACION CON EL ENTE TERRITORIAL CESAR DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA ESE COMO CABEZA RED EN LA RIA ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA EN LA ZONA NORTE Y APOYO AL DEPARTAMENTO DEL CESAR	ACION ES NUTRI CIONAL ES CON ENFOQ UE A LA ATENCI ÓN DE NIÑOS Y NIÑAS Fuente: CERTIF	SI	CALIFICACIÓN 100%, LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ EN REVISIÓN CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SAN), CERTIFICA QUE SE HA SOCIALIZADO EN TRES (3) ENCUENTROS DEPARTAMENTALES POR REGIONES LA RUTA DE ATENCIÓN PARA LAS ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A NIÑOS, NIÑAS DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR.
	28	REALIZAR CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RIA ALTERACIONES NUTRICIONALES CON ENFOQUE A LA ATENCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA O SEVERA UNA VEZ APROBADA POR LA ENTIDAD TERRITORIAL A CONTRATISTAS Y FUNCIONARIOS DE PLANTA DE LA ESE HRPL Y DE LAS SUBREGIONES DEL	ACION ENTE TERRIT ORIAL DIMEN SON SAM - 01/2018	SI	CALIFICACIÓN 100%. SE CUMPLE CON EL CRONOGRAMA DE JORNADAS ACADÉMICAS RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL TALENTO HUMANO RELACIONADO CON LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA TANTO DE LA E.S.E. HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ COMO DE SUBREGIONES NORTE (VALLEDUPAR), CENTRO (CHIRIGUANÁ) Y SUR EN AGUACHICA, DURANTE LOS MESES NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2017, CON EL APOYO DE NUTRICIONISTA Y PEDIATRA NUTRIÓLOGA. CERTIFICACIÓN EMITIDA

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

		DEPARTAMENTO DEL CESAR RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRIMERA INFANCIA E INFANCIA			POR COORDINADORA MATERNO INFANTIL DE LA E.S.E.
21.- EL HOSPITAL COMO GENERADOR DE INNOVACIÓN. GENERAR PROCESO DE INNOVACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS: (ADQUISICIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN PREVENTIVO QUE CONTRIBUYA AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE SU POBLACIÓN MATERNO INFANTIL CERTIFICADA CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL; QUE PERMITA LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y GESTANTES.	29	GESTIONAR LA ADQUISICIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE GESTIÓN HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN PREVENTIVO QUE CONTRIBUYA AL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE SU POBLACIÓN MATERNO INFANTIL CERTIFICADA CON ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONA Y JUSTIFICA RECURSOS Y REALIZA Y SE APRUEBAN ESTUDIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA, Y FORMALIZA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TECNOLÓGICO PARA SISTEMATIZAR EL MODELO INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL, IAMII, EN BUSCA DE LA ACREDITACIÓN QUE OTORGA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EN CONJUNTO CON UNICEF COLOMBIA – ENFOCADO A LA EXCELENCIA INSTITUCIONAL.
	30	ADAPTAR (PARAMETRIZAR) E IMPLEMENTAR LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA ADQUIRIDA PARA LA GESTIÓN Y GARANTÍA DEL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS MATERNO INFANTILES	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE PARAMETRIZA EL SOFTWARE SERVIDOR Y CREAM USUARIOS INSTITUCIONALES CLAVES EN LA ESE Y EL LOS SERVICIOS MATERNO INFANTIL, SE DA INICIO A LAS CAPACITACIONES Y REALIZAN LOS AJUSTES DE PARAMETRIZACIÓN NECESARIOS PARA LA OPERACIÓN DE LA PLATAFORMA DARUMA SALUD
	31	CAPACITAR AL TALENTO HUMANO SELECCIONADO DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL LÍDER EN LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LA HERRAMIENTA TECNOLÓGICA	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA CICLOS DE CAPACITACIÓN USUARIOS INTERNOS CON SU RESPECTIVO SOPORTE PRÁCTICO PRESENCIAL Y VIRTUAL EN PLATAFORMA DARUMA SALUD EJECUCIÓN 100% DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO.335/2017.
22.- EL HOSPITAL COMO GENERADOR DE INNOVACIÓN.	32	GESTIONAR APROBACIÓN ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL PARA ELEVAR CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA COMO CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DADA LA SITUACIÓN MATERNO PERINATAL	SI		CALIFICACIÓN 20%, SE REVISAN REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003/14 PARA EL SERVICIO ANBULATORIO DE GINECOLOGÍA COMO CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.
23.- CREAR EL CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.	33	ACONDICIONAR SEGÚN RES.2003 DE 2014 DEL MSPS COMO CONSULTORIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	SI		CALIFICACIÓN 0%, NO INICIADO.
24.- APOYAR LA VIABILIDAD DE CREAR SALA DE OBSERVACIÓN OBSTÉTRICA CON MÍNIMO DIEZ (10) CAMILLAS HOSPITALARIAS PARA MUJERES GESTANTES QUE NO ESTÁN EN TRABAJO DE PARTO, DENTRO DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS.; COMO PROYECTO PILOTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS A NIVEL DEPARTAMENTAL Y NACIONAL.	34	CONTAR CON APROBACIÓN DE VIABILIDAD DE CAMAS PARA OBSERVACIÓN OBSTÉTRICA DENTRO DEL ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HRPL	SI		CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONA A NIVEL NACIONAL PARA RETOMAR EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS. SE PRESENTA PROPUESTA DE CAPACIDAD INSTALADA CON AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E., INCLUYENDO LAS CAMILLAS PARA OBSTETRICA, SE RECIBE ACTA DE APROBACIÓN DEL MSPS, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR, DONDE SE INCLUYEN LA ACEPTACIÓN Y APROBACIÓN DE DIEZ (10) CAMILLAS PARA OBSERVACIÓN OBSTÉTRICA EN EL ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA AL PROYECTO DE URGENCIAS DE LA E.S.E.

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>				
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>				
<b>PROYECTO 14</b>	<b>ACTUALIZAR EL MODELO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL, AJUSTÁNDOLOS AL NUEVO MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD, DESPLEGÁNDOLOS CON EFICIENCIA, OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 14</b>	<b>CAPACITAR A TALENTO HUMANO LÍDER DE PROCESOS EN PAIS, MIAS, RIAS</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
25.- GESTIONAR ANTE SECRETARIA DE SALUD CAPACITACIONES, TALLERES PARA SOCIALIZAR SOBRE LA POLITICA PAIS (MIAS, RIAS), ACTUALIZAR EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA ESE, IDENTIFICAR RUTAS (RIAS) INSTITUCIONALES, CONFORMAR COMITÉS POR RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL..	35	APOYAR DESDE LA GERENCIA CAPACITACIONES ANTE SECRETARIA DE SALUD SOBRE LA POLITICA PAIS (MIAS, RIAS), ACTUALIZAR EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA ESE, IDENTIFICAR RUTAS (RIAS) INSTITUCIONALES PRIORITARIAS CON EL APOYO DE SECRETARIA DE SALUD, CONFORMAR COMITÉS POR RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL PRIORIZADAS EN LA VIGENCIA.	<b>SI SE CUMPLE LA META SE CAPACITA A TALENTO HUMANO LÍDER DE PROCESOS EN PAIS, MIAS, RIAS.</b>		CALIFICACIÓN 100%, SE ASISTE A CONVOCATORIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LOS DÍAS 27 Y 28 DE FEBRERO: I JORNADA DE DESARROLLO DE CAPACIDADES EN EL MARCO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016-2019 Y DE LAS RUTAS INTEGRADAS EN SALUD RIAS. SE SOLICITA FORMALMENTE AL SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL ASISTENCIA TÉCNICA SOBRE LA POLÍTICA PAIS, MIAS Y RIAS Y EL ENFOQUE METODOLÓGICO PARA LA ADOPCIÓN DE LAS RUTAS MATERNO PERINATAL Y SALUD MENTAL Y ALTERACIONES NUTRICIONALES, SE ANEXA INVITACIÓN, REGISTRO FOTOGRÁFICO Y REGISTRO DE ASISTENCIA. SE REALIZA REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL CON DELEGADOS DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA EL SEGUIMIENTO AL AVANCE INTERNO EN CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA PAIS. SE ASISTE A SEMINARIO TALLER FUNCIONARIOS DE DISTINTOS PROCESOS A LA MESA DE TRABAJO PARA EL SEGUIMIENTO AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RPMS ORGANIZADO POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL PARA LOS DÍAS 3 Y 4 DE OCTUBRE CON APOYO DEL MSPS.
			<b>SI</b>	<b>NO</b>	

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>				
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>				
<b>PROYECTO 15</b>	<b>AVANZAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD: SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 15</b>	<b>DISEÑAR DIAGNÓSTICO MECI POR ÁREA</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
26.- IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE MECI-CALIDAD, INCLUIDO OTROS SISTEMAS DE CALIDAD QUE APLIQUEN EN LA ESE	36	ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MECI SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA VIGENCIA 2017	SI SE CUMPL E LA META SE DISEÑA A DIAGNÓSTICO MECI POR ÁREA. Fuente Of MECI	SI NO	CALIFICACIÓN 95%, SE REALIZA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CON RESPONSABLES PARA IDENTIFICAR EVIDENCIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL DECRETO 943 DE 2014 (MECI); CON EL FIN DE CONSTRUIR EL PLAN DE ACCIÓN 2017, PARA SU APROBACIÓN EN COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO. SE AVANZA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO EN LA ESE, CON SEGUIMIENTO EN COMITÉ DE MECI CALIDAD.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>				
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>				
<b>PROYECTO 16</b>	<b>AVANZAR EL SISTEMA INTERNO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 16</b>	<b>REVISAR EN COMITÉ DE ARCHIVO REQUISITOS DE LEY 594/2000 QUE APLICAN A LA ESE</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO</b>
27.- REALIZAR DIAGNÓSTICO ARCHIVO HISTORIAS CLÍNICAS, ACTUALIZAR LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL EN COMITÉ DE ARCHIVO INSTITUCIONAL, 2) CAPACITAR A LOS LÍDERES DE PROCESO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL, 3) DISEÑAR EL PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	37	REVISAR EN COMITÉ DE ARCHIVO INSTITUCIONAL LAS NECESIDADES NORMATIVAS CONTEMPLADAS EN LA LEY 594 DE 2000,	SI SE CUMPL E LA META SE REALIZA A COMITÉ DE ARCHIVO PARA REVISAR REQUISITOS DE LEY 594/2000. Fuente: Comité de Archivo	SI NO	CALIFICACIÓN 100%. SE REALIZA COMITÉ DE ARCHIVO AMPLIADO CON ACOMPAÑAMIENTO DEL EXPERTO SANDRO SALAZAR PINEDO (EMPRESA ARCHIVÍSTICA SAS DE BUCARAMANGA) PARA SOCIALIZAR REQUISITOS DE LA LEY 594 DE 2000 QUE APLICAN A LA ESE (ART 24 TRD Y ACUERDO 039, ACUERDO 060/01 UNIDAD DE CORRESPONDENCIA - VENTANILLA ÚNICA) ACUERDO 012/95 COMITÉ DE ARCHIVO, ACUERDO 038 INVENTARIO ÚNICO DE DOCUMENTOS), ASISTENCIA DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE ARCHIVO EN LA JORNADA DE CAPACITACIÓN VIRTUAL PROGRAMADA POR EL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN CON ASOCIO DE LA OFICINA DE ARCHIVO DE LA GOBERNACIÓN DEL CESAR.

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>					
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>					
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>					
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>					
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>					
<b>PROYECTO 17</b>	<b>17. AVANZAR EL SISTEMA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.</b>					
<b>META PLAN OPERATIVO 17</b>	<b>ADQUIRIR UN SERVIDOR PARA SALVAGUARDAR LA INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>					
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>	
28.- DISEÑAR Y DOCUMENTAR LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE INFORMACIÓN; APROBADO POR LA ALTA DIRECCIÓN, REVISADO, ACTUALIZADO, AJUSTADO A ESTÁNDARES.	38	IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	SI SE CUMPLE LA META SE ADQUIERE UN (1) SERVIDOR. Fuente: Of. Jurídica	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE FORTALECIÓ EL SEGUIMIENTO AL USO INDEBIDO DE LAS HERRAMIENTAS Y RECURSOS TECNOLÓGICOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL POR PARTE DEL ÁREA DE SISTEMAS,
	39	IMPLEMENTAR EL SERVICIO DE DIRECTORIO ACTIVO (ACTIVE DIRECTORY) PARA MANTENER UN CONTROL CONSTANTE DE REESTRICCIONES PARA EVITAR EL USO DE CUALQUIER APLICATIVO PERSONAL O INSTANCIAS DE SOFTWARE COMERCIAL.		SI		CALIFICACIÓN 70%, SE CONFIGURÓ E INSTALÓ LA HERRAMIENTA DIRECTORIO ACTIVO (DIRECTORY ACTIVO) EN EL SERVIDOR INSTITUCIONAL, PENDIENTE INSTALAR EN CADA UNA DE LAS ESTACIONES DE TRABAJO
	40	FORTALECER Y MEJORAR LA POLÍTICA DE MANEJO DE HOJAS DE VIDA DE EQUIPOS TECNOLÓGICOS Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN EN SU BITACORA DE MANTENIMIENTO.		SI		CALIFICACIÓN 95%, SE INCLUYE EN EL CONTRATO EL COMPROMISO DEL PROVEEDOR DEL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS TECNOLÓGICOS, SE IMPLEMENTA REGISTRO (BITÁCORA) SE CONTINUA IMPLEMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA HOJA DE VIDA DE LOS EQUIPOS CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES DE MANTENIMIENTO Y AJUSTES.
29.- DISEÑAR UN CRONOGRAMA Y UNA ESTRATEGIA DE DISTRIBUCIÓN GARANTIZANDO LA COBERTURA EN TODA LA PLATAFORMA DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS DE LA ENTIDAD.	41	DISEÑAR UN PLAN DE FORMACIÓN PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS INTERNAS EN SEGURIDAD TI, DENTRO DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES PETI.		NO		CALIFICACIÓN 60%, SE DA INICIO A LA PRIMERA PARTE DEL PLAN PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS INTERNAS EN SEGURIDAD TI, DENTRO DE UN PLAN ESTRATÉGICO DE LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES PETI.
30.- PUBLICAR Y COMUNICAR A TODOS LOS FUNCIONARIOS CONTRATISTAS Y PARTES EXTERNAS PERTINENTES, LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DE INFORMACIÓN.	42	DISEÑAR UN PLAN DE FORMACIÓN PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS INTERNAS EN SEGURIDAD TI		SI		CALIFICACIÓN 80%, EL CONTRATISTA DE MANTENIMIENTO DE LA DOTACIÓN TECNOLÓGICA EN RONDA PERIÓDICA RECOMIENDA AL USUARIO SOBRE USO ADECUADO DE LOS EQUIPOS, 0 COMIDAS, 0 AGUA SOBRE TECLADOS EVITAR QUITAR GRAPAS SOBRE TECLADOS, APAGAR CUANDO NO SE ESTÉ USANDO EL EQUIPO Y DESCONECTAR AL TERMINAR LA JORNADA, DURANTE LLUVIAS O TEMPESTADES,
31.- GESTIONAR LA COMPRA DE UN SERVIDOR QUE GARANTICE EL ALMACENAMIENTO GARANTIZANDO LA OPTIMIZACIÓN DE LOS DATOS A ADMINISTRAR.	43	DISEÑAR LOS ESTUDIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA PARA LA COMPRA DE UN SERVIDOR QUE GARANTICE EL ALMACENAMIENTO GARANTIZANDO LA		SI		CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA Y APRUEBA ESTUDIOS DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA PRESENTADOS A LA GERENCIA Y OFICINA ASESORA JURÍDICA PARA LA COMPRA DE SERVIDOR

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

		OPTIMIZACIÓN DE LOS DATOS A ADMINISTRAR			
	44	REALIZAR ETAPA PRECONTRATUAL, CONTRACTUAL Y POST CONTRACTUAL COMPRA DE UN SERVIDOR QUE GARANTICE EL ALMACENAMIENTO GARANTIZANDO LA OPTIMIZACIÓN DE LOS DATOS A ADMINISTRAR		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE PERFECCIONA CONTRATO COMPRA DEL SERVIDOR CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ECONÓMICAS Y LEGALES ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO DE OPORTUNIDAD Y CONVENIENCIA APROBADO POR LA GERENCIA, SE EJECUTA Y CUMPLE A SATISFACCIÓN DE LA INSTITUCIÓN.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA 7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 12</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>
<b>PROYECTO 18</b>	<b>SENSIBILIZAR EL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL INSTITUCIONAL</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 18</b>	<b>CONSEGUIR UNA (1) EVALUACIÓN EXTERNA PARA LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMII</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
32.- APOYAR LA GESTIÓN PARA ELEVAR EL SERVICIO DE BANCO DE LECHE HUMANA COMO SERVICIO QUE GERENCIA EL PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA ESE HRL DADA LA IMPORTANCIA NACIONAL E INTERNACIONAL PARA LA NUTRICIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS EN LA PRIMERA INFANCIA.	45	OPTIMIZAR LA CALIFICACIÓN EN LAS AUTOAPRECIACIONES DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL PARA ACREDITAR A LA ESE HRPL.	SI	NO	CALIFICACIÓN 95%, SE PRESENTA PROYECTO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL PARA GESTIONAR RECURSOS PARA LA ESE A TRAVÉS DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN LAS DIMENSIONES DE SALUD PÚBLICA (NUTRICIÓN) SE REALIZA GESTIÓN PARA SER PRIORIZADOS COMO IPS OBJETIVO DE LA CERTIFICACIÓN IAMII EN LA MEDIANA COMPLEJIDAD PARA EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR. SE ASISTE VISITA DE LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ COMO FIRMA CONSULTORA PARA LA ESTRATEGIA DE BLH E IAMII PARA ANALIZAR LOS AVANCES EN LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMII. SE RECIBE ASISTENCIA TÉCNICA DE CONSULTORA Y FACILITADORA DE LA ESTRATEGIA IAMII DELEGADA POR EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR PARA DETERMINAR EL NIVEL DE AVANCE DE LA ESE SEGÚN LOS PASOS DE LA AUTOAPRECIACIÓN IAMII. SE ANEXA COPIA INFORME DE ASISTENCIA TÉCNICA DE CONSULTORA.
33.- GESTIONAR APOYO FÍSICO, FINANCIERO Y ECONÓMICO QUE PERMITA LA SOSTENIBILIDAD DE UNA ESTRATEGIA PARA EL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE MUJERES PUÉRPERAS CON NIÑOS Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA EXCLUSIVA A NIVEL INTRAINSTITUCIONAL.	46	REVISAR REQUISITOS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO DE MUJERES PUÉRPERAS CON NIÑOS Y NIÑAS RECIÉN NACIDOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA EXCLUSIVA A NIVEL INTRAINSTITUCIONAL.	SI	NO	CALIFICACIÓN 40%, SE REVISAN REQUISITOS DE LA RESOLUCIÓN 4445 DE 1996, 2003 DE 2014, ENTRE OTRAS, GARANTIZANDO MÁS DEL 50% DE LA LACTANCIA EXCLUSIVA A NIVEL INTRAINSTITUCIONAL.
LACTANCIA EXCLUSIVA A	47	DOTAR EL ESPACIO FÍSICO PARA APOYO DE LAS	SI	NO	CALIFICACIÓN 0%, NO INICIADO, LAS DIFICULTADES PRESUPUESTALES Y DE

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

NIVEL INTRAINSTITUCIONAL.	MADRES PUÉRPERAS A NIVEL INTRAHOSPITALARIO.	CAJA NO HAN PERMITIDO SE PRIORICE EL CUMPLIMIENTO DE ESTA ACCIÓN.
---------------------------	---	---

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>
<b>PROYECTO 19</b>	<b>CONSOLIDAR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SUS CUATRO (4) COMPONENTES CON UN EVIDENTE AVANCE EN EL COMPONENTE DE ACREDITACIÓN, LOGRAR UN PUNTAJE HASTA 1,50 AL FINALIZAR EL PERIODO 2017-2020.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 19</b>	<b>VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL 70% DEL USO DE LOS EPP EN ÁREAS Y SERVICIOS CRÍTICOS</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
34.- AJUSTAR EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CON EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA ESE	48	IDENTIFICAR LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO EN LOS DIFERENTES PROCESOS, ÁREAS Y SERVICIOS DE LA E.S.E.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA ESE CONTIENE LA IDENTIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS DEPENDIENDO DE LOS RIESGOS DEL PROCESO ÁREA O SERVICIO. LOS RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LA ESE VERIFICAN PERMANENTEMENTE EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA LOS PROCESOS ÁREAS O SERVICIOS Y USO DE EPP.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>						
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>						
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>						
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>						
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>						
<b>PROYECTO 20</b>	<b>CONSOLIDAR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SUS CUATRO (4) COMPONENTES CON UN EVIDENTE AVANCE EN EL COMPONENTE DE ACREDITACIÓN, LOGRAR UN PUNTAJE HASTA 1,50 AL FINALIZAR EL PERIODO 2017-2020.</b>						
<b>META PLAN OPERATIVO 20</b>	<b>% CRECIMIENTO IMPLEMENTACIÓN SUA CON RESOLUCIÓN 0123/12 DEL 0,20% EN 2017</b>						
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>		
35.- APALANCAR LA CONSOLIDACIÓN DEL SOGC DESDE LA OPTIMIZACIÓN DE LA CALIFICACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ESE HRPL COMO INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGAL POR EL MSPS Y UNICEF COLOMBIA.	49	INFORME DE EVALUACIÓN DE AUTOAPRECIACIÓN LIDERADO POR ENTE TERRITORIAL MUNICIPAL O DEPARTAMENTAL CON CALIFICACIÓN POR PASO MAYOR DEL 60% DE CUMPLIMIENTO.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, TRAS VISITA SE RECIBE INFORME SATISFACTORIO DE ASISTENCIA TÉCNICA DE CONSULTORA PARA LA VALIDACIÓN DEL NIVEL DE AVANCE DE LA ESTRATEGIA IAMI CON ENFOQUE INTEGRAL.		
		ACTUALIZACIÓN DEL REPS, AUTOEVALUACIÓN, NOVEDADES DE LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA, NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA Y NEUROPEDIATRIA.				SI	CALIFICACIÓN 100%, SE AUTOEVALUA SEGÚN RESOLUCN 2003 DE 2014, SE DILIGENCIA Y REPORTA NOVEDAD EN REPS CESAR.
		AUDITORIA A FARMACIA, DISPOSITIVOS MEDICOS E INFRAESTRUCTURA, LABORATORIO CLÍNICO, SERVICIO TRANSFUSIONAL, SALUD MENTAL, URGENCIAS.				SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA AUDITORIA BANCO DE SANGRE, SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO SE REALIZAN PLANES DE MEJORA, EN FARMACIA SE ADQUIEREN HERRAMIENTAS PARA CONTROLAR INVENTARIOS, REALIZACIÓN DE INVENTARIOS, SEGUIMIENTO ESTRATÉGICO PERMANENTE. SE PREPARA PLAN DE MEJORAMIENTO DE FARMACIA POR HALLAZGOS INTERNOS, SE INICIA SU IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS DE LA MANO CON SEGURIDAD A PACIENTE 5 CORRECTOS MEDICAMENTOS.
36.- ACTUALIZACIÓN DEL REPS, REALIZAR NOVEDADES, REALIZAR AUDITORÍAS DE LOS ESTÁNDARES DE MÍNIMOS HABILITACIÓN MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS, IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA Y REALIZAR SEGUIMIENTO, CREAR CULTURAY FORTALECER EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	52	CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES, MONITOREO DE EVENTOS ADVERSOS, FOMENTO DE CULTURA DE SEGURIDAD, DIVULGACIÓN DE POLÍTICA, MEDICACIÓN DE LAS GUÍAS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD	SI SE CUMPL E LA META CRECI MIENT O EN AUTOE VALUA CIÓN SUA CON RESOL UCIÓN 0123/12 MAYOR DEL 0,20%. Fuente: AUTOE VALUA CIÓN		CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA CICLO DE CAPACITACIÓN DE SEGURIDAD DE PACIENTES, MONITOREO DE EVENTOS ADVERSOS, FOMENTO DE CULTURA DE SEGURIDAD, DIVULGACIÓN DE POLÍTICA, MEDICIÓN DE LAS GUÍAS DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD. DESDE EL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN CON EL PROYECTO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CENTRADO EN OFRECER UNA ATENCIÓN SEGURA, PARA LOGRAR MAYOR ADHERENCIA Y EN BUSCA DE LA ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL SE FORTALECE DESDE CUMPLIMIENTO REQUISITOS SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. SE IMPLEMENTA DESDE EL PIC PROYECTO DE SEGURIDAD DE PACIENTE CENTRADO EN OFRECER UNA ATENCIÓN SEGURA,		
		37.- AFIANZAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE INDICADORES, IMPLEMENTAR LA NUEVA VERSIÓN DE LA	53	CAPACITAR SOBRE INDICADORES, MEDICIÓN Y ANÁLISIS MENSUAL DE INDICADORES DE CALIDAD,	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DA CUMPLIMIENTO A LOS REQUISITOS NORMATIVOS DE MEDICIÓN PERIÓDICA SE CAPACITA A LÍDERES DE PROCESO	

Nit: 892.399.994-5

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES, FORTALECER LA CULTURA DE ANÁLISIS DE INDICADORES, REPORTAR LOS INDICADORES OPORTUNAMENTE A LOS ENTES DE CONTROL		CARGUE OPORTUNO DE INDICADORES DE CALIDAD, PUBLICACIÓN SEMESTRAL DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LA PÁGINA INSTITUCIONAL.			
38.- CAPACITAR A LOS GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN CON ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN, REALIZAR AUTOEVALUACIÓN ANUAL DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN, DESARROLLAR EL DOCUMENTO PAMEC, IMPLEMENTAR ACCIONES DE MEJORA A ESTÁNDARES NO ASISTENCIALES, HACER SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO, EVALUAR LOS RESULTADOS FINALES,	54	REALIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN 2017, PRIORIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES Y PROCESOS, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO, DEFINICIÓN DE LA BRECHA ENTRE LA CALIDAD ESPERADA CON LA OBSERVADA, IDENTIFICACIÓN, DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO, SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA, APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL, CARGUE DE LA CIRCULAR 012.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE CIERRA VIGENCIA ANTERIOR, CARGUE DE LA CIRCULAR 012./16, SE REALIZA CAPACITACIÓN AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN, SE REALIZA AUTOEVALUACIÓN 2016 PUNTAJE 1,546, PRIORIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES Y PROCESOS, PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA, MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO, DEFINICIÓN DE LA BRECHA ENTRE LA CALIDAD ESPERADA CON LA OBSERVADA, DEFINICIÓN, DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO, SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORA, APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL,

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>
<b>PROYECTO 21</b>	<b>DISEÑAR, GESTIONAR E IMPLMENTAR EL SISTEMA DE SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 21</b>	<b>ACTUALIZAR PGRHS CON SUS ANEXOS DE LEY</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
39.- ACTUALIZACION DEL PGRHS, MANUALES (ROSARIO AHORRA, ROSARIO RECICLA, AHORRO DE ENERGIA)	55	ACTUALIZAR PGRHS, DANDO ALCANCE A LOS DIFERENTES MANUALES	SI SE CUMPL E LA META SE ACTUA LIZA PGRH S	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE ACTUALIZA PGRHS VERSIÓN TERCERA 2017 APLICANDO NORMATIVIDAD VIGENTE
	56	SOCIALIZAR PGRHS Y LOS DIFERENTES MANUALES A TODOS LOS TRABAJADORES INTERNOS Y EXTERNOS, PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN LA E.S.E.	CONFO RME A NORMA TIVIDA D VIGENT E, Fuente Of. AMBIE NTAL	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE SOCIALIZA PERIODICAMENTE ASISTENCIA A SOCIALIZACIÓN PGRHS A PERSONAL INTERNO Y EXTERNO PERIODICAMENTE, SOPORTADO CON ACTAS DE ASISTECIA A CAPACITACIÓN
	57	HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DEFINIDAS EN LA E.S.E. COMO APORTE A LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL MEDIANTE AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA Y DOCUMENTA EN FORMATO DE AUDITORIA INTERNA CON RETROALIMENTACIÓN ANTE HALLAZGOS EN CADA ÁREA O SERVICIO, SE REALIZA VISITAS DE AUDITORÍAS EXTERNAS A LA SEDE OPERATIVA DEL CONTRATISTA, SE REALIZA INFORME DE VISITA CON RECOMENDACIONES AL PROVEEDOR DEL SERVICIO, SE HACE SEGUIMIENTO Y VERIFICA SU CUMPLIMIENTO.

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>				
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>				
<b>PROYECTO 22</b>	<b>AJUSTAR, SOCIALIZAR Y MEDIR LA ADHERENCIA AL SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN EN CADA SERVICIO, AREA O UNIDAD FUNCIONAL.</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 22</b>	<b>CAPACITAR EL 30% LÍDERES DE ÁREAS CRÍTICAS EN PAMEC Y SUA</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
40.- REVISAR EL MARCO NORMATIVO DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD QUE APLICAN A LA ESE, CAPACITAR A LOS LÍDERES DE PROCESO Y FORMULAR PROPUESTA PARA SU PRESENTACIÓN AL COMITÉ DE MECI-CALIDAD, DEFINIR LOS SISTEMAS DE CALIDAD OBJETO DE INTEGRACIÓN PARA ACTUALIZAR MANUAL DE CALIDAD, SU IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO.	58	REVISAR EL NUEVO MARCO NORMATIVO DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD QUE APLICAN A LA ESE,	SI SE CUMPLE LA META SE CAPACITA MÁS DEL 30% DE LOS LÍDERES DE ÁREAS CRÍTICAS EN PAMEC Y SUA	SI NO	CALIFICACIÓN 90%, SE REVISAR Y CAPACITA A LOS GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN EN SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN, Y SE REVISAN REQUISITOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>				
<b>META ESTRATEGICA7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>				
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>				
<b>PROYECTO 23</b>	<b>ACTUALIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LAS GUÍAS MÉDICAS, IGUAL O MAYOR A UN 80% DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD NO ESTABLECIDAS POR EL MS</b>				
<b>META PLAN OPERATIVO 23</b>	<b>SOCIALIZAR 70% DE GUÍAS DE ESPECIALIDADES OBSTÉTRICAS</b>				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>	<b>NO.</b>	<b>PLAN DE ACCIÓN 2017</b>	<b>EVALUACIÓN 2017</b>		<b>CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN</b>
41.- SOCIALIZAR LAS GUÍAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTILES ADOPTADAS POR LA ENTIDAD A LAS ENTIDADES CONTRATISTAS PERTINENTES DEL SERVICIO MATERNO INFANTIL.	59	REALIZAR REUNIONES PARA SOCIALIZAR CADA UNA DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL SEGÚN LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE MORBILIDAD.	SI SE CUMPLE LA META SE SOCIALIZA MÁS DEL 70% DEL TALENTO HUMANO EN	SI NO	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 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.

Nit: 892.399.994-5

42.- CONTAR CON HERRAMIENTA TECNOLÓGICA QUE PERMITA REALIZAR EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A GUÍAS MATERNO INFANTILES SEGÚN LAS PRIMERAS 10 CAUSAS MORBILIDAD DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES.	60	ADQUISICIÓN DE SOFTWARE QUE PERMITA EN TIEMPO REAL Y/O OPORTUNO LA ADHERENCIA A GUÍAS DE MORBILIDADES EN LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES, PREVIA PARAMETRIZACIÓN DE LAS LISTAS DE CHEQUEO POR PATOLOGIA.	GUÍAS DE ESPECIALIDAD ES OBSTÉTRICAS. Fuente: Of MATER NO INFANTIL	SI	CALIFICACIÓN 100%, ADQUISICIÓN DEL SOFTWARE DARUMA SALUD, EL CUAL PERMITE EN EL MÓDULO DE AUDITORIA Y ENCUESTAS QUE PERMITE REALIZAR EN TIEMPO REAL EL PROCESO DE AUDITORÍA PARA LA ADHERENCIA A GUÍAS DE MANEJO CLÍNICO. VER INFORME DE ADHERENCIA A GUÍAS OBSTÉTRICAS PRIMERA CAUSA DE EGRESO Y MANEJO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO EN GESTANTES CON MÁS DE 27 SEMANAS DE GESTACIÓN.
--	----	---	---	----	--

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA 7.</b>	<b>AJUSTAR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA ENTIDAD EN EL 80%.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 13</b>	<b>DESARROLLAR INTEGRALMENTE EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN LA ENTIDAD.</b>
<b>PROYECTO 24</b>	<b>GESTIONAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE ADOPCIÓN Y/O ADAPTACIÓN DE LAS GUIAS EN LA INSTITUCION EN EL 90% DE LOS CASOS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA POR SERVICIOS.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 24</b>	<b>ADOPTAR POR RESOLUCIÓN GUÍAS DE PRÁCTICAS CLINICAS EMITIDAS POR EL MSPS</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
43.- ADOPTAR Y ACTUALIZAR LAS GUÍAS MATERNAS INFANTILES SEGÚN LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLINICAS EMITIDAS POR EL MSPS.	61	REALIZAR Y DOCUMENTAR LAS GUÍAS DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES PRIORIZADOS PARA LA VIGENCIA: OBSTETRICIA	SI SE CUMPLE LA META SE APRUEBA POR RESOLUCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICAS CLINICAS EMITIDAS POR EL MSPS. Fuente Of GERENCIA LIBRO DE RESOLUCIONES	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE ADOPTÓ SEGÚN RESOLUCIÓN INTERNA NO.530 DE SEPTIEMBRE DE 2017 LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICA EMITIDAS POR EL MSPS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. PENDIENTE CODIFICACIÓN MECI.

<b>LÍNEA 3</b>	<b>CAMINANDO EN LA CULTURA ORGANIZACIONAL.</b>
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 3</b>	<b>PROMOVER EL POSICIONAMIENTO REGIONAL DEL HRPL</b>
<b>META ESTRATEGICA 8.</b>	<b>LOGRAR ACREDITACIÓN EN LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL - IAMI I - AIEPI A BENEFICIO POBLACIÓN GESTANTES, NIÑOS Y NIÑAS.</b>
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	<b>GERENCIA, LIDERES DE LOS PROCESOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL.</b>
<b>ESTRATEGIA 14</b>	<b>GESTIONAR E IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL - IAMI I - AIEPI A BENEFICIO POBLACION GESTANTES, NIÑOS Y NIÑAS</b>
<b>PROYECTO 25</b>	<b>GENERAR ESTRATEGIAS DE APOYO INTRA E INTERSECTORIAL QUE PERMITAN CUMPLIR LOS 10 PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL A FINALES DEL 2017.</b>
<b>META PLAN OPERATIVO 25</b>	<b>DAR CUMPLIMIENTO DE TRES PASOS ESTRATEGIA IAMI EN 2017</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
44.- FORTALECER EL CUMPLIMIENTO DE LOS 10 PASOS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA CON ENFOQUE INTEGRAL MAYOR AL 80% DE CUMPLIMIENTO QUE PERMITA EN EL PERIODO 2017-2020 CONTAR CON VISITAS EVALUADORAS EXTERNAS PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ESE HRPL COMO LA PRIMERA ESE PRESTADORA PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR EN EL PERIODO POR UNICEF - MSPS. 25.	62	REALIZAR CUATRO AUTOAPRECIACIONES CON LOS 10 PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL DE MANERA TRIMESTRAL	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA AUTOAPRECIACIÓN IAMI DEL PRIMER TRIMESTRE EL 19 DE ABRIL DE 2017. SE REALIZA AUTOAPRECIACIÓN IAMI DEL PRIMER TRIMESTRE EL 26 DE JULIO DE 2017. SE REALIZA AUTOAPRECIACIÓN IAMI DEL PRIMER TRIMESTRE EL 23 DE OCTUBRE DE 2017. SE REALIZA AUTOAPRECIACIÓN IAMI DEL PRIMER TRIMESTRE EL 26 DE DICIEMBRE DE 2017. SOPORTES DE INFORME DE AUTOAPRECIACIÓN REPOSAN EN ARCHIVO OFICINA COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL.
	63	GESTIONAR RECURSOS EXTRA INSTITUCIONALES QUE PERMITAN APOYAR CADA UNO DE LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL.	SI SE CUMPL E LA META SE CUMPL EN MÁS DE TRES PASOS	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DEFINEN Y PRESENTAN PROPUESTAS DE APOYO A CADA UNO DE LOS PASOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL AL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR Y AL DEPARTAMENTO DEL CESAR; RESPECTIVAMENTE, SE FORMALIZAN CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS NOS.2017-02-1142 CON LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR, POR VALOR DE CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00) Y EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR POR VALOR DE CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000); SE EJECUTAN LOS CONTRATOS SATISFACTORIAMENTE POR UN VALOR TOTAL DE CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS. Y SE LIQUIDAN A SATISFACCIÓN.
	64	REALIZAR ALIANZAS INTERINSTITUCIONALES PARA LOS FORTALECIMIENTOS DE LOS PASOS RELACIONADOS CON LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL.	NO INFANTIL	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZAN ENCUENTRO CON OFICINAS DE POLÍTICA SOCIAL E ICBF PARA TRATAR TEMAS RELACIONADOS CON LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENTES.. DESDE LA OFICINA DE POLÍTICA SOCIAL DEL DEPARTAMENTO SE REALIZA NOMBRAMIENTO DE LA PRIMERA DAMA COMO MADRINA DEL BLH DESDE EL MES DE MAYO DE 2017. SE INVITA EN EL COMITÉ DEPARTAMENTAL DE LACTANCIA MATERNA A PROMOVER ALIANZA PARA EL DESARROLLO DE CAPITAL HUMANO BASADO EN LA LACTANCIA MATERNA EN CABEZA DEL BLH DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR. SOPORTES Y EVIDENCIAS REPOSAN EN OFICINA MATERNO

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

Nit: 892.399.994-5

					INFANTIL.
65	GESTIONAR CURSO TALLER PARA CERTIFICAR A 35 TALENTOS HUMANOS DE LA COMUNIDAD O MADRES FAMI RELACIONADOS CON EL SERVICIO MATERNO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE HIJO PARA FORTALECER LAS ALIANZAS INTERINSTITUCIONALES CON LA COMUNIDAD.		SI		CALIFICACIÓN 100%, SE INICIA CURSO TALLER CON 35 MADRES FAMI DE 35 HORAS DE DURACIÓN PARA CERTIFICARSE CON ARTICULACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, CERTIFICADO. CON ARTICULACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.
66	GESTIONAR CURSO TALLER PARA CERTIFICAR A 30 TALENTOS HUMANOS DE LA ESE HRPL RELACIONADOS CON EL SERVICIO MATERNO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE HIJO.		SI		CALIFICACIÓN 90%, SE REALIZA CURSO TALLER DIRIGIDO A 25 TALENTOS HUMANOS DE LA E.S.E., RELACIONADOS CON EL SERVICIO MATERNO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE HIJO CON UNA INTENSIDAD DE 35 HORAS EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA IAMI INTEGRAL DE UNICEF-MSPS. CERTIFICADOS ARTICULADOS CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL.
67	REALIZAR 4 JORNADAS COMUNITARIAS EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, PARA LA GESTIÓN EN EL CONOCIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE PRÁCTICAS NUTRICIONALES SEGÚN LAS NUEVAS GUÍAS ALIMENTARIAS A MAYORES DE 2 AÑOS DEL MSPS.		SI		CALIFICACIÓN 100%, REALIZACIÓN DE CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS NO.900-2017 CON EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR POR VALOR DE CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000), Y NO.2017-02-1142 CON LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR, POR VALOR DE CIENTO DIEZ MILLONES DE PESOS (\$110.000.000,00), DURANTE SU EJECUCIÓN SE REALIZARON ENTRE OTRAS ACTIVIDADES, SERVICIOS Y ADQUISICIONES CUATRO (4) JORNADAS COMUNITARIAS SOBRE NUEVAS GUÍAS DE ALIMENTACIÓN AL MAYOR DE 2 AÑOS DE EDAD EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA. SOPORTES REPOSAN EN ARCHIVOS INSTITUCIONALES DE LA COORDINACIÓN MATERNOINFANTIL

<b>LÍNEA 4</b>	CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 4</b>	FORTALECER EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL
<b>META ESTRATEGICA 9.</b>	REALIZAR MINIMO TRES VISITAS DE REFERENCIACION CON OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN DE LAS ESE ACREDITADAS EN EL PAÍS.
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,
<b>ESTRATEGIA 15</b>	ADOPTAR UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO PARA EL MEDIANO Y LARGO PLAZO MEDIANTE ACUERDOS CON UNIVERSIDADES, BENCHMARKING CON OTRAS ORGANIZACIONES, PASANTÍAS EN INSTITUCIONES DE SALUD, ENTRE OTRAS.
<b>PROYECTO 26</b>	DESARROLLO DEL PLAN DE CAPACITACIONES E INVESTIGACIÓN EN SALUD PARA EL TALENTO HUMANO INSTITUCIONAL
<b>META PLAN OPERATIVO 26</b>	<b>ALCANZAR EN LA VIGENCIA CUMPLIMIENTO PIC &gt; AL 80%</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
45- DESARROLLAR PERIÓDICAMENTE EL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN (PIC), ATENDIENDO LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA ESE	68	CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE APRENDIZAJE RESPONSABLE DE LA FORMULACIÓN DEL PIC, INCLUIDO DOCENCIA SERVICIO.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE CIERRA PIC VIGENCIA ANTERIOR R (1° DE ABRIL 2016 A 31 DE MARZO 2017). SE APRUEBA POR RESOLUCIÓN 224 DEL 18 DE ABRIL DE 2017, SOPORTE REPOSA EN LA OFICINA DE TALENTO HUMANO, CON COPIA EN LA OFICINA DE DOCENCIA SERVICIO.
	69	IDENTIFICAR PROCESOS CRÍTICOS POR PARTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN, PARA PRIORIZAR LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN.	SI SE CUMPLE LA META SE LOGRA MÁS DEL 80% DEL CUMPLIMIENTO DEL PIC. Fuente COMITÉ PIC- OF TALENTO HUMANO	SI	CALIFICACIÓN 100%, PIC A MARZO 2017. PRIORIZÓ: SEGURIDAD DEL PACIENTE, HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, AUTOEVALUACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD, SEGURIDAD INFORMÁTICA Y LAS TIC. SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL DE INDICADORES, PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIVERSIDAD ÉTNICA, CULTURAL Y RELIGIOSA, PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLICITUD. REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN, PRINCIPIO DE LA GESTIÓN POR PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN, AUTOGESTIÓN Y AUTORREGULACIÓN. LEVANTAMIENTO Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS, MARCO DE RIESGO INSTITUCIONAL. ACTA COMITÉ PIC PARA LA VIGENCIA 2017, QUE REPOSAN EN LA OFICINA DE TALENTO HUMANO Y COPIA EN LA OFICINA DE DOCENCIA SERVICIO, ASÍ: ACTA DE COMITÉ DE PIC DE FECHA 3 DE MAYO DE 2017, Y ACTA DE COMITÉ DE PIC DEL 9 DE MAYO/17. RESOLUCIÓN NO. 325 DEL 06 DE JUNIO DE 2017, QUE ADOPTA EL PIC PARA EL PERSONAL DE LA ESE VIGENCIA 2017.
	70	FORMULAR LOS PLANES Y PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN PARA CADA VIGENCIA DE ACUERDO CON LA PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES IDENTIFICADAS.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE FORMULARON LOS PROYECTOS DE ACUERDO CON LA PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES IDENTIFICADAS QUE FUERON OBJETO DE PRIORIZACIÓN.
	71	EJECUTAR TODOS LOS PROYECTOS CONTENIDOS DENTRO DEL PIC.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE EJECUTARON DURANTE LA VIGENCIA 2017 LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS DENTRO DE LA RESOLUCIÓN 299 DEL 29 DE JUNIO DE 2016, CORRESPONDIENTE AL PIC 2016, QUE QUEDÓ TOTALMENTE EJECUTADO DURANTE SU VIGENCIA, A PARTIR DEL 1 SE DA INICIO A LA EJECUCIÓN DE LOS

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

					PROYECTOS INCLUIDOS EN EL PIC 2017 PARA A ANUALIDAD AUNADOS LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN SE DA UN CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS PROYECTOS FORMULADOS, SE CONTINÚA LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTO CONTENIDOS EN EL PIC HASTA CUMPLIR EL PERIODO PARA EL CUAL ES APROBADO, LOS SOPORTES REPOSAN EN ARCHIVOS DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO,
46.- HACER SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PIC	72	EVALUAR EL CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL DEL PIC		SI	CALIFICACIÓN 100%, TRIMESTRALMENTE EN COMITÉ PIC SE HIZO SEGUIMIENTO AL AVANCE DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS INCLUIDOS EN EL PIC DE LOS 11 PROYECTOS FORMULADOS SE EJECUTARON 11 TOTALMENTE, ENCONTRÁNDOSE EL PROCESO EN FORTALECIMIENTO DE LOS PROYECTOS CONTENIDOS EN EL PIC, SOPORTES REPOSAN EN ARCHIVOS COMITÉ PIC OFICINA RECURSOS HUMANOS, CON COPIA OFICINA DOCENCIA SERVICIO
47.- IDENTIFICAR NECESIDADES DE INVESTIGACIÓN QUE BENEFICIEN EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.	73	SOCIALIZAR A LOS LÍDERES DE PROCESO EL PROCEDIMIENTO INVESTIGATIVO INSTITUCIONAL		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE INICIÓ SOCIALIZACIÓN GENERAL DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA SALUD EN GENERAL DURANTE LA VIGENCIA.
	74	CAPACITAR AL TALENTO HUMANO CON CALIDADES E INTERÉS EN LA INVESTIGACIÓN EN METODOLOGÍA INVESTIGATIVA		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE INTENSIFICÓ SOCIALIZACIÓN DIRIGIDA A PROFESIONALES DE LA SALUD QUE MOSTRARON INTERÉS EN INVESTIGACIÓN, SE CONFORMÓ EL GRUPO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN CATEGORIZADO EN C POR COLCIENCIA, SE APROBARON DOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON APOYO INTERINSTITUCIONAL (UPC, INS Y FILMARRY).

<b>LÍNEA 4</b>	CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 4</b>	FORTALECER EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL
<b>META ESTRATEGICA 10.</b>	REALIZAR MINIMO TRES VISITAS DE REFERENCIACION CON OTRAS ENTIDADES RELACIONADAS CON EL MODELO DE ATENCIÓN DE LAS ESE ACREDITADAS EN EL PAÍS.
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,
<b>ESTRATEGIA 15</b>	ADOPTAR UNA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN DE CAPITAL HUMANO PARA EL MEDIANO Y LARGO PLAZO MEDIANTE ACUERDOS CON UNIVERSIDADES, BENCHMARKING CON OTRAS ORGANIZACIONES, PASANTÍAS EN INSTITUCIONES DE SALUD, ENTRE OTRAS.
<b>PROYECTO 27</b>	GENERAR PROGRAMA DE BENCHMARKING EDUCATIVO Y DE EXPERIENCIAS EXITOSAS EN CALIDAD DE LA ATENCIÓN.
<b>META PLAN OPERATIVO 27</b>	REALIZAR AUTOEVALUACIÓN ESTANDAR 75 SUA

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
48.- DEFINIR EL PROGRAMA NORMATIVO DE BENCHMARKING EDUCATIVO	75	REVISAR REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN REFERENTE AL BENCHMARKING.	SI SE CUMPLE LA META SE AUTOEVALUAR ESTANDAR 75 SUA Fuente AUTOEVALUACIÓN SUA 2017. Of. CALIDAD	SI	CALIFICACIÓN 100%, EN AUTOEVALUACIÓN SUA (RESOLUCIÓN 0123/12) SE EVALÚA ESTÁNDAR.

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

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 4</b>	CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 4</b>	FORTALECER EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL
<b>META ESTRATEGICA 9.</b>	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,
<b>ESTRATEGIA 16</b>	OPTIMIZAR LA ESTRATEGIA DE SERVICIO CENTRADA EN EL USUARIO
<b>PROYECTO 28</b>	COMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN HUMANIZADA Y SEGURA CON VOCACIÓN DE SERVICIO.
<b>META PLAN OPERATIVO 28</b>	<b>APROBAR PROYECTO HUMANIZACIÓN EN EL PIC</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
49.- DISEÑAR E IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN INSTITUCIONAL.	76	DISEÑAR EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN INSTITUCIONAL.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE PRIORIZA DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD APROBADO DENTRO DEL PIC. SE EJECUTA CON APOYO DE LA DIÓCESIS DE VALLEDUPAR MEDIANTE CONTRATO Y SE AUTORIZA LA PRESENCIA Y APOYO ESPIRITUAL DE DIFERENTES RELIGIONES PARA HACER ACOMPAÑAMIENTO A LOS PACIENTES Y FAMILIARES QUE ASÍ LO PERMITAN, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES INSTITUCIONALES, SE REALIZAN ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, CELEBRACIONES RELIGIOSAS, NOVENAS DE AGUINALDO DIRIGIDA A PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA E HIJOS DE TRABAJADORES, EVIDENCIAS REPOSAN EN OFICINA JURÍDICA, TALENTO HUMANO Y DOCENCIA SERVICIO.
50- CONTAR CON UN GUÍA ESPIRITUAL INSTITUCIONAL DE APOYO A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS.	77	IMPLEMENTAR ACTIVIDADES PARA EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL Y FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE APOYO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA DIÓCESIS DE VALLEDUPAR CON EVIDENCIAS EN LOS INFORMES DE SUPERVISIÓN PERIÓDICOS CUYO ALCANCE ESTÁ DIRIGIDO A AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO., SE PROGRAMA DIPLOMADO CON UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR DIRIGIDO A PERSONAL DE LA SALUD SOBRE EL TEMA, ASÍ COMO CHARLAS MOTIVACIONALES PARA EL PERSONAL DE URGENCIAS SOBRE ATENCIÓN HUMANIZADA, ENTRE OTRAS ACTIVIDADES CONFORME AL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD APROBADO EN EL PIC.
51.- CONTAR CON UN SITIO PERMANENTE PARA EL ENCUENTRO ESPIRITUAL EN GRUPO O INDIVIDUAL	78	ACOMPAÑAR DE MANERA INDIVIDUAL USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE SOLICITEN ORIENTACIÓN ESPIRITUAL	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE AUTORIZA VISITAS EN UNIDADES DEL PACIENTE, SE ENCUENTRA EN EJECUCIÓN EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DIRIGIDO A LAS ÁREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA ESE, APLICA PARA EL USUARIO INTERNO Y EXTERNO

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 4</b>	CAMINANDO JUNTOS CON EL CAPITAL HUMANO				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 4</b>	FORTALECER EL CAPITAL HUMANO INSTITUCIONAL				
<b>META ESTRATEGICA 9.</b>	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,				
<b>ESTRATEGIA 17</b>	GESTIONAR E IMPLEMENTAR LA ARTICULACIÓN DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL GARANTIZANDO ADECUADAS CONDICIONES DE TRABAJO				
<b>PROYECTO 29</b>	ACTUALIZAR LOS PROCESOS DE TALENTO HUMANO Y PROGRAMA DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.				
<b>META PLAN OPERATIVO 29</b>	REALIZAR UNA SEMANA DE LA SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>					
52.- REALIZACION DE ACTUALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CONFORME A LAS NORMAS VIGENTES ESTABLECIDAS Y/O NECESIDADES DE LA E.S.E.	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
	79	VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO NORMATIVO DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, PGIHRS VERSIÓN TERCERA 2017 CERTIFICACIÓN DEL LÍDER DE GESTIÓN AMBIENTAL, PGIHRS ACTUALIZADO A LA FECHA.
	80	IDENTIFICAR LOS CAMBIOS NORMATIVOS PARA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, (SGSST),	SI		CALIFICACIÓN 100%, SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (MATRIZ LEGAL CONTENIDA EN O VERSIÓN CUARTA, PÁGINAS 6 Y 7), APROBADO POR EL GERENTE DE LA ESE.
	81	APROBAR FORMALMENTE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN NUEVA VERSIÓN.	SI	SE CUMPL E 100% CRONO GRAMA	CALIFICACIÓN 100%, APROBAR FORMALMENTE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN NUEVA VERSIÓN.
	82	DISEÑO CRONOGRAMA DE SOCIALIZACIÓN NUEVA VERSIÓN E INICIO AL PLAN DE SOCIALIZACIÓN 2017 - (CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO ESTRUCTURACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST).	SI	PROGR AMADO SEMAN A DE LA SALUD Y SEGUR IDAD EN EL TRABA JO.	CALIFICACIÓN 100%, ACTAS DE CAPACITACIÓN, ACTAS DE REALIZACIÓN PAUSAS ACTIVAS, ACTIVIDAD CUMPLIDA.
83	83.- HACER SEGUIMIENTO PERIÓDICO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO ESTRUCTURACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SGSST, EN COPASST.	SI	Fuente: Of OFICIN A SSL.	CALIFICACIÓN 100%, EN REUNIÓN NO. 006 DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, SE EVALÚO CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SGSST.	
84	ACTUALIZAR PLAN DE EMERGENCIA Y SUS ANEXOS EN LA E.S.E.	SI		CALIFICACIÓN 100%, EN ACTA DE REUNIÓN NO 006 DE FECHA 28 DE JUNIO DE 2017, SE DEJA CONSTANCIA DE LA PRESENTACIÓN A GERENCIA DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA, QUE HACE PARTE DE UNO DE LOS ANEXOS DEL SGSST.	

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

Nit: 892.399.994-5

	85	85. SOCIALIZACION A TODOS LOS TRABAJADORES Y/O COLABORADORES DE LA E.S.E., PLAN DE EMERGENCIA Y SUS ANEXOS.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REVISÓ LAS ACTIVIDADES QUE SON DE LEY Y QUE HACEN PARTE DEL PLAN HOSPITALARIO DE EMERGENCIA REVISADO POR MECI Y SUS ANEXOS, SE ACTUALIZA NUEVA VERSIÓN, APRUEBA Y SOCIALIZA A TODOS LOS TRABAJADORES Y/O COLABORADORES DE LA E.S.E., DOCUMENTO Y APROBADO POR EL GERENTE REPOSA EN OFICINA SEGURIDAD Y SALUD PARA EL TRABAJO.
--	----	---	--	----	---

<b>LÍNEA 5</b>	JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 5</b>	HACER CRECER LA ESE HRPL E.S.E
<b>META ESTRATEGICA 11.</b>	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,
<b>ESTRATEGIA 18</b>	GESTIONAR LOS MEDIOS QUE NOS PERMITAN CONVERTIR LA ESE HRPL COMO UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
<b>ESTRATEGIA 19</b>	CREAR PROGRAMA DE APOYO CON UNIVERSIDADES PARA LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL CON PROGRAMA DE PRACTICAS CLINICAS.
<b>PROYECTO 30</b>	DOCUMENTAR, Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN LEY 1438 DEL 2011 Y RESOLUCIÓN 3409 DEL 2012 PARA EL RECONOCIMIENTO COMO HOSPITAL UNIVERSITARIO.
<b>META PLAN OPERATIVO 30</b>	REALIZAR MÍNIMO UNA REUNIÓN CON REPRESENTANTES UNIVERSIDAD NACIONAL

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
53.- REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SOGC.	86	REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCIÓN 0123 DE 2012.	SI SE CUMPLE LA META SE REALIZA	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZÓ EN CONVENIO CON LA UDES SEMINARIO TALLER PARA CAPACITAR EN PAMEC AL EQUIPO DE AUTOEVALUADORES. Y SE DA INICIO A AUTOEVALUACIÓN UNA VEZ SE CONFORMARON LOS GRUPOS DE AUTOEVALUACIÓN CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE- RESOLUCIÓN 0123 DE 2013, ARROJANDO CALIFICACIÓN DE 1,546 PUNTOS.
	87	REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 EN SERVICIO DE FARMACIA	ARREGLAR MÍNIMO UNA REUNIÓN CON REPRESENTANTES UNIVERSIDAD NACIONAL.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZÓ PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN FRENTE A ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, CON PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL SERVICIO DE FARMACIA. SE REALIZÓ PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN FRENTE A ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, CON PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO DE FARMACIA.
54.- CAPACITAR EN ACREDITACIÓN AL RECURSO HUMANO INSTITUCIONAL	88	REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN FRENTE A LOS REQUISITOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCIÓN 0123 DE 2012.	Fuente. Of DOCENCIA SERVICIO	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZÓ PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN FRENTE A ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCIÓN 0123 DE 2013, CON UN CUMPLIMIENTO DE 1,546.

Nit: 892.399.994-5

55.- OBTENER CONVENIOS DEBIDAMENTE LEGALIZADOS DE ACUERDO AL DECRETO 2376 DE 2010 CON LAS DISTINTAS UNIVERSIDADES.	89	LEGALIZAR Y MANTENER LOS CONVENIOS DE ACUERDO AL DECRETO 2376 DE 2010 CON LAS DISTINTAS UNIVERSIDADES.		SI	CALIFICACIÓN 100%, CONVENIOS LEGALIZADOS CON UPC, CURN, UNILIBRE, FUSM, UNISINÚ, UNIMAG, UCC, UNISMON, UNIMETRO, UPC, UDES,
56.- DISPONER ESPACIOS FÍSICOS COMPLETAMENTE DOTADOS PARA ACTIVIDADES ACADÉMICAS	90	RETOMAR PROYECTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA PRESENTADO ANTE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA ESE.		NO	CALIFICACIÓN 0%, NO INICIADO
57.- ARTICULAR LAS ACTIVIDADES MATERNO INFANTIL CON LAS COMPETENCIAS DE LOS ESTUDIANTES EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.	91	APOYAR LOS PROGRAMAS DE MATERNO INFANTIL CON ACTIVIDADES ACADÉMICAS, LÚDICAS Y DE PROYECCIÓN SOCIAL.		SI	CALIFICACIÓN 100%, APOYO EN LA REALIZACIÓN DE AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES DEL ÁREA MATERNO INFANTIL ATENDIDOS DURANTE LA VIGENCIA. SE ORGANIZÓ Y PARTICIPÓ, EN LA SEMANA MUNDIAL DE LA SALUD, Y REALIZACIÓN DE AUDITORIA AL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES DEL ÁREA MATERNO INFANTIL.

<b>LÍNEA 5</b>	JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 5</b>	HACER CRECER LA ESE HRPL E.S.E
<b>META ESTRATEGICA 11.</b>	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,
<b>ESTRATEGIA 20</b>	ADQUIRIR Y ACTUALIZAR EL EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO HOSPITALARIO, PRIORIZANDO UNIDADES DE ALTO COSTO DE LA ESE
<b>PROYECTO 31</b>	PRIORIZAR EN EL PLAN DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS Y/ O GESTIONAR POR PROYECTOS LA DOTACIÓN BIOMEDICA PARA LOS SERVICIOS DE ALTO COSTO (UCI ADULTO Y NEONATALES) DE LA ENTIDAD.
<b>META PLAN OPERATIVO 31</b>	<b>ACTUALIZAR CERTIFICACIÓN PROYECTOS INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL</b>

ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017		CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
			SI	NO	
58.- 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.	92	ACTUALIZAR PROYECTOS INSCRITOS EN EL PLAN BIENAL	SI SE CUMPL E LA META SE CERTIF ICAN PROYE CTOS PLAN BIENAL ENTE TERRIT ORIAL 2017	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONÓ EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN EN EL PBIS 2014-2015 SE LOGRAN LA CERTIFICACIÓN INCLUSIÓN DE CINCO (5) PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LA ESE HRPL EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR.

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

<b>LÍNEA 5</b>	JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL				
<b>OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 5</b>	HACER CRECER LA ESE HRPL E.S.E				
<b>META ESTRATEGICA 11.</b>	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD				
<b>AREAS O SERVICIOS</b>	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,				
<b>ESTRATEGIA 21</b>	AMPLIAR LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE URGENCIAS, SALUD MENTAL Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO, PEDIATRICA Y NEONATAL				
<b>PROYECTO 32</b>	GESTIONAR EL APOYO GUBERNAMENTAL PARA DISEÑO, APROBACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL.				
<b>META PLAN OPERATIVO 32</b>	ACTUALIZAR PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LOS SERVICIO DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL.				
<b>ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020</b>					
59.- ENTREGAR A LA COMUNIDAD CESARENSE LA PUESTA EN MARCHA LA CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HRPL CON 102 CAMILLAS HOSPITALARIAS PARA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE URGENCIAS.	93	REALIZAR ESTUDIO DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA APROBACIÓN DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y MSPS.	SI SE CUMPLE LA META SE ACTUALIZAN PROYECTOS DE INVERSIÓN PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y SALUD MENTAL.	SI NO	CALIFICACIÓN 100%, SE ASIGNA RESPONSABLE, SE DISEÑA Y PRESENTA PRIMERA PROPUESTA DEL ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA AL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL Y MSPS, SE RECIBE APROBACIÓN DEL ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA PARA EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL MSPS Y ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL.
	94	DISEÑAR EL PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO PARA DESARROLLAR PROYECTO DE DISEÑO Y REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ DE VALLEDUPAR-		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE REALIZA REUNIÓN SEGÚN ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO CAPACIDAD INSTALADA PARA EL PROYECTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS SE INICIA DISEÑO PLAN MÉDICO ARQUITECTÓNICO DEL PROYECTO AMPLIACIÓN URGENCIA SE PRESENTA PLAN
	95	GESTIONAR EN MESAS DE TRABAJO TRIPARTITA CON LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y PLANEACIÓN LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES DE LA VIGENCIAS.		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONÓ EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN EN EL PBIS 2016-2017, SE CERTIFICA INCLUSIÓN DEL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS COMO PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LA ESE HRPL EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR.
	96	GESTIONAR LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA REALIZACIÓN DEL DISEÑO ARQUITECTONICO CON NUEVA CAPACIDAD INSTALADA APROBADA		SI	CALIFICACIÓN 100%, SE DESARROLLA DISEÑO DE PLANOS ARQUITECTÓNICOS PARA EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA APROBACIÓN POR EL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL -MSPS. SE ANEXA SOPORTE DE LISTAS DE ASISTENCIAS. SE REVISAR PROCESO DE ELABORACIÓN DE LOS DISEÑOS DEL PROYECTO DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON EL ÁREA DE PLANEACIÓN E INFRAESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR. SE ANEXA LISTAS DE ASISTENCIAS A REUNIONES.

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

Calle 16C Avenida La Popa No. 17 – 141, teléfono 5748452 Fax 5748451

Email: planeacion@hrplopez.gov.co

Nit: 892.399.994-5

60. ENTREGAR A LA COMUNIDAD CESARENSE LA PUESTA EN MARCHA LA CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE LA ESE HRPL CON 35 CAMILLAS HOSPITALARIAS PARA ATENCIÓN INTEGRAL INCLUYENDO EL AREA DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL.	97	REALIZAR ESTUDIO DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL PARA APROBACIÓN DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y MSPS.	SI	CALIFICACIÓN 100%, DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DE REALIZAR ESTUDIO DE ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL COORDINADORA MATERNO INFANTIL DE LA E.S.E. SE PRESENTA PRIMERA PROPUESTA AL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL Y MSPS. SE AJUSTA Y SE APRUEBA ANÁLISIS DE CAPACIDAD INSTALADA PARA EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR EL MSPS Y ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL.
	98	DISEÑAR EL PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO PARA DESARROLLAR PROYECTO DE DISEÑO Y REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL DE LA ESE HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LOPEZ DE VALLEDUPAR	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE AJUSTA CON DATOS ESTADÍSTICOS FUNDAMENTO DEL PROYECTO AMPLIACIÓN SERVICIO UNIDAD DE SALUD MENTAL, SE DOCUMENTA PROYECTO Y RADICA ANTE EL ENTE TERRITORIAL Y MSPS, SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN AL PROYECTO PRESENTADO. SE DESARROLLA DISEÑO DE PLANOS ARQUITECTÓNICOS PARA EL PROYECTO DE AMPLIACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PARA APROBACIÓN POR EL ENTE TERRITORIAL DEPARTAMENTAL -MSPS. SE ANEXA SOPORTE DE LISTAS DE ASISTENCIAS.
	99	GESTIONAR EN MESAS DE TRABAJO TRIPARTITA CON LA SEC. SALUD DEPARTAMENTAL Y PLANEACIÓN LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL EN EL PLAN BIENAL DE INVERSIONES DE LA VIGENCIAS.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONÓ EL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN EN EL PBIS 2016-2017. SE LOGRAN LA CERTIFICACIÓN INCLUSIÓN DEL PROYECTO DE AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL COMO PROYECTO DE INVERSIÓN PARA LA E.S.E. EMITIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR.
	100	GESTIONAR LA PRIORIZACIÓN DEL PROYECTO DE CONSTRUCCIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE UNIDAD MENTAL.	SI	CALIFICACIÓN 100%, SE ASISTE A REUNIÓN CON MSPS Y ENTE TERRITORIAL DONDE SE JUSTIFICA NECESIDAD DE LA AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL SIENDO PRIORIZADO EL PROYECTO, SE SOCIALIZA INTERNAMENTE CON PERSONAL DIRECTIVO ASISTENCIAL Y MD ESPECIALIZADOS PSIQUIATRAS, SE AJUSTA CON DATOS ESTADÍSTICOS FUNDAMENTO DEL PROYECTO AMPLIACIÓN SERVICIO UNIDAD DE SALUD MENTAL, SE DOCUMENTA PROYECTO Y RADICA ANTE EL ENTE TERRITORIAL Y MSPS, SE RECIBE RETROALIMENTACIÓN AL PROYECTO PRESENTADO.

LÍNEA 5	JUNTOS HACIENDO CRECER LA ESE HRPL					
OBJETIVO ESTRATEGICO NO. 5	HACER CRECER LA ESE HRPL E.S.E					
META ESTRATEGICA 11.	FORTALECER LA CULTURA DE LA HUMANIZACIÓN Y SEGURIDAD A PACIENTE HACIA LOS USUARIOS Y USUARIAS DE LA ENTIDAD					
AREAS O SERVICIOS	GERENCIA, TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA FINANCIERA, COORDINACIÓN ASISTENCIAL, DOCENCIA SERVICIOS,					
ESTRATEGIA 21	AMPLIAR LA INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE URGENCIAS, SALUD MENTAL Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO, PEDIATRICA Y NEONATAL					
PROYECTO 33	GESTIONAR EL APOYO GUBERNAMENTAL PARA ACTUALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, PEDIATRICO Y ADULTOS.					
META PLAN OPERATIVO 33	GESTIONAR CERTIFICACIÓN DEL ESTADO DEL PROYECTO: AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS Y PEDIÁTRICOS POR ENTE TERRITORIAL					
ACTIVIDADES A DESARROLLAR 2017 - 2020	NO.	PLAN DE ACCIÓN 2017	EVALUACIÓN 2017			CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
61.- 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 INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL, PEDIATRICO Y ADULTOS.	101	VERIFICAR EL ESTADO DEL PROYECTO: "AMPLIACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL ROSARIO PUMAREJO DE LÓPEZ EN EL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR CESAR	SOPORTE	SI	NO	CALIFICACIÓN 100%, SE GESTIONÓ CERTIFICACIÓN ANTE LA OFICINA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DONDE CONSTA QUE EN EL PBI 2016-2017, SE ENCUENTRA INSCRITO Y APROBADO EL AJUSTE 1 ACTA 03 - FASE 1 (1) POR EL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

## CONCLUSIONES

Con este Informe se da cumplimiento a lo exigido en la Resolución 408 de 2018 y el Plan de Gestión para la vigencia 2017, Indicador 3. **GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL** cuyo estándar de cumplimiento es **> 0,939**.

## 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: **31 / 33 = 0,939.**

Frente a la línea base 2016 que corresponde a un 0,53%, la ESE ha avanzado en un 0,409 en el cumplimiento de su Plan operativo Anualidad 2017.

De acuerdo con lo contemplado en la Tabla anterior El Plan Operativo Anual programado para la vigencia 2017, se tradujo en un elemento fundamental que le permitió a la ESE continuar cumpliendo con los lineamientos y propuestas contenidos en el Plan de Desarrollo Institucional 2017-2020, fortaleciendo 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 2017, 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 2017-2020, 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 2017 - 2020 *¡Con Salud por el Camino al Desarrollo!*

Se espera haber interpretado de manera adecuada, el avance del cumplimiento del Plan de Desarrollo 2017 – 2020 para la vigencia 2017.

El presente informe se firma en Valledupar Cesar, a los 22 días del mes de marzo de 2018.

Atentamente,

p/d: original firmado

**JAIBER NEGRETE VILLAFañE.**

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Mercadeo

Proyectó: Equipo de Planeación de la ESE