

INFORME RESUMEN ACITIVADES - METAS PLAN DE ACCION 2018

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	FORMULA INDICADOR			VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
						NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO		
1	a) Elaborar cronograma para la programación de los diagnósticos a realizar a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios en cada vigencia	Cronograma elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
2	b) Elaborar lista de chequeo para obtener el diagnóstico de las actividades que se deben ejecutar por cada una de las etapas del plan de manejo de residuos hospitalarios.	Lista de chequeo elaborada y validada por el comité de residuos hospitalarios.	Lista de chequeo elaborada y validada	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
3	c) Realizar en el 2017 mediante lista de chequeo evaluación a todos los puntos de segregación y acopio de los residuos, existentes en las sedes funcionales de la entidad, determinando y evidenciando las fortalezas y debilidades y posteriormente realizar evaluaciones anuales a las unidades intermedias de salud y centros de salud.	Informe de resultados del diagnóstico realizado a los puntos de segregación y acopio programados de acuerdo a cronograma de la respectiva vigencia.	No diagnósticos realizados en cada periodo (trimestral y/o anual) / Total del diagnósticos programados en el periodo (trimestral y/o anual) * 100	Mantener actualizado el 100% del diagnóstico en las unidades intermedias y centros de salud	SI	26	26	100%	1.92%	100%
4	a) Elaborar cronograma anual para la socialización de los diagnósticos realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios en cada vigencia.	Cronograma anual elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
5	b) Realizar en cada vigencia la socialización de los resultados del diagnóstico de residuos hospitalarios con los funcionarios de las sedes respectivas y elaborar el plan de mejoramiento correspondiente	Informe de socialización del diagnóstico realizado a los funcionarios de los puntos de segregación y acopio programados de acuerdo a cronogramas respectivos	No diagnósticos socializados en cada periodo (trimestral y/o anual) / Total del diagnósticos programados en el periodo (trimestral y/o anual) * 100.	Mantener socializados al 100% de los funcionarios	SI	3	3	100%	1.92%	100%
		Realizar en cada vigencia el plan de mejoramiento que se requiera de acuerdo a las debilidades detectadas por sede funcional en el diagnóstico	No de planes de mejoramiento realizados por sede funcional que lo requiera (trimestral y/o anual) / total de planes de mejoramiento requeridos (trimestral y/o anual) *100	100% de planes de mejoramiento requeridos	SI	26	26	100%	1.92%	100%
6	c) Elaborar anualmente cronograma para el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales en cada vigencia	Cronograma anual elaborado y validado por el Comité de Residuos Hospitalarios.	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
7	d) Realizar el seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento realizados a los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales en cada vigencia	Informe de resultados al seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento realizados a las sedes funcionales en cada vigencia	No. De informes de seguimiento y evaluación realizados a los planes de mejoramiento en el periodo (Trimestral y/o anual) / total de planes de mejoramiento realizados en el periodo (trimestral o anual) * 100.	Seguimiento y evaluación al 100% de los planes de mejoramiento	SI	26	26	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
8	e) Elaborar el plan de separación de residuos hospitalarios en su origen y su reciclaje a los no peligrosos, para que sea ejecutado por todos los puntos de segregación y acopio de los residuos hospitalarios de las sedes funcionales permanentemente.	Plan de separación de residuos hospitalarios en su origen y su reciclaje a los no peligrosos, elaborado y aprobado por el comité de residuos hospitalarios.	Documento elaborado y validado	Seguimiento y evaluación al 100% de los planes de mejoramiento	SI	1	1	100%	1.92%	100%
		Informe de resultados al seguimiento y evaluación al plan de separación de residuos hospitalarios y su reciclaje a los no peligrosos en las sedes funcionales.	No. De servicios evaluados donde se separan los residuos en el origen y se reciclan los residuos no peligrosos en el año / No. Total de servicios evaluados en el mismo periodo	100%	SI	26	26	100%	1.92%	100%
9	f) Elaborar un diagnostico de consumos de agua en M3 y de energia en kilovatios de la vigencia 2018, por cada punto de atención	Diagnóstico de consumos elaborado	No. De puntos de atención con diagnóstico de consumos de agua en M3 / Total de puntos de atención con matricula de consumos de agua *100	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
			No. De puntos de atención con diagnóstico de consumos de energía en Kv / Total de puntos de atención con matricula de consumos de energía *100	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
10	a) Revisión y adaptación de protocolos y guías del MSPS relacionadas con enfermedades cardio vasculares para brindar un servicio diferenciado para la atención de pacientes crónicos.	Protocolos y Guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardio vasculares revisadas, adaptadas y validadas por el comité de calidad.	No. De protocolos y guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardio vasculares, revisadas y adaptadas en la unidad de salud de ibague / Total de protocolos y guías del MSPS, relacionadas con enfermedades cardio vasculares definidas por el comite de calidad de la unidad de salud de ibague* 100	50% de guías y protocolos revisados, adaptados e implementados	SI	8	2	100%	1.92%	100%
11	b) Elaborar el plan anual para avanzar hacia la implementación de la ruta de promoción y prevención y ruta de atención de pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, debidamente articulado con el ente territorial	Plan anual elaborado para la implementación de la ruta de promoción y prevención de pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Debidamente articulado con el ente territorial	Plan anual elaborado, validado y articulado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
12	c) Elaborar cronograma para socializar los protocolos y guías adaptadas, relacionadas con enfermedades cardio vasculares para la atención diferencial de los pacientes crónicos y el plan anual para avanzar en la implementación de la ruta de P y P..	Cronograma elaborado y validado por la gerencia	Documento elaborado y validado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
13	d) Avanzar hacia la implementación de las rutas de atención integral para la atención de los pacientes crónicos, articulados con el ente territorial..	Grado de avance en la implementación de las rutas de atención integral de los pacientes crónicos de acuerdo a la articulación con el ente territorial..	No. De rutas implementadas para la atención integral de los pacientes crónicos / total de rutas programadas a implementar por el comité de calidad de la institución *100	50% de rutas implementadas	SI	1	1	100%	1.92%	100%
14	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca diferencialmente las siguientes acciones para el cuidado de la mujer en edad fértil: 1. Durante la asesoría en salud sexual y reproductiva. 2. con intención reproductiva (Cuidado y atención preconcepcional). 3. sin intención reproductiva o que solicita un método de anticoncepción. 4. en edad reproductiva, encaminado a la prevención, detección y seguimiento a las mujeres con infecciones de transmisión sexual. 5. en edad reproductiva, encaminado al control de riesgo, prevención, detección temprana y vigilancia del cáncer de cuello uterino y de mama	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
15	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial a la mujeres en edad fértil	No. De mujeres en edad fértil atendidas	Nº de mujeres atendidas en edad fértil / Nº de mujeres en edad fértil captadas.	50%	SI	11873	11873	100%	1.92%	100%
16	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca diferencialmente las siguientes acciones para el cuidado de la mujer gestante: 1. Para la preparación del ambiente físico y emocional para el encuentro con la mujer gestante que acude a solicitar el servicio. 2. Para la identificación e inscripción de las gestantes al control prenatal. 3. para la asignación de las Consultas de control y seguimiento. 4. Para la educación y la preparación de la maternidad y paternidad. 5. Para la valoración de la mujer gestante y su hijo por nacer, identificación de los riesgos de la gestante, establecer las conductas que se deben seguir, determinación de diagnósticos y necesidades de la gestante que requieren ser satisfechas y Planeación y ejecución de los cuidados propuestos	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
17	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial a la mujeres gestante	No. De mujeres gestantes atendidas	Nº de mujeres gestantes atendidas / Nº de mujeres gestantes.	50%	SI	1392	1392	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
18	Mantener actualizado con la norma técnica un protocolo que establezca las siguientes acciones para la atención diferencial de salud materno perinatal para la mujer: 1. Durante la admisión en la sala de trabajo de parto. 2. Admitida en proceso de trabajo de parto. 3. Durante el proceso del nacimiento. 4. Para el cuidado de la mujer y su recién nacido durante el puerperio. 5. Para la valoración de la mujer gestante como sujeto de cuidado, identificación de los riesgos reales y potenciales y la clasificación de los mismos y la selección del sitio de atención, determinación de diagnósticos y necesidades de la gestante que requieren ser satisfechas para determinar las conductas que se deben seguir y Planeación y ejecución de los cuidados propuestos	Protocolo actualizado con la norma técnica y documentado	Protocolo documentado y aprobado por el comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
19	Aplicar protocolo actualizado con la norma técnica para la atención diferencial de salud materno perinatal para la mujer	No. De mujeres del ciclo de salud materno perinatal para la mujer atendidas	Nº de mujeres y/o recién nacidos atendidos / Nº mujeres y/o recién nacidos que requieren la atención la atención de salud materno perinatal.	50%	SI	698	698		1.92%	100%
20	Capacitar a todo el personal asistencial en la búsqueda activa de los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles desde cualquier servicio.	Personal asistencial capacitados para canalizar y captar los usuarios sintomáticos con enfermedades transmisibles	No de funcionarios asistenciales capacitados en la búsqueda activa de pacientes sintomáticos / total de funcionarios asistenciales responsables x 100	100%	SI	49	49	100%	1.92%	100%
21	Registrar en la base de datos institucional los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados.	Registro de pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados	No. pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados registrado en la base de datos en cada vigencia / total de pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles canalizados y captados en la correspondiente vigencia	100%	SI	1243	1243	100%	1.92%	100%
22	Ordenar a todos los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles los exámenes de diagnóstico correspondientes.	Realizar las pruebas correspondientes a los pacientes sintomáticos con enfermedades transmisibles captados por la USI.	Numero de pacientes que se les realiza la prueba / numero de pacientes captados sintomáticos * 100	100%	SI	1243	1243	100%	1.92%	100%
23	El personal del laboratorio clínico debe notificar oportunamente los pacientes con resultado positivo	Pacientes positivos notificados	No de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia notificados / total de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia *100	100%	SI	37	37	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
24	La auxiliar de enfermería debe inscribir al programa correspondiente a los pacientes notificados por el laboratorio con resultado positivo	Pacientes positivos inscritos en programa correspondiente	No de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia inscritos en programa correspondiente / total de pacientes con resultado positivo de enfermedad transmisible en la vigencia *100	100%	SI	37	37	100%	1.92%	100%
25	Aplicar el protocolo correspondiente para garantizar el tratamiento y seguimiento a todos los pacientes positivos	Tratamientos iniciados	Numero de pacientes que inician el tratamiento / numero de pacientes captados positivos.	100%	SI	37	37	100%	1.92%	100%
26	Elaborar cronograma de capacitación para todo el personal asistencial responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores	Gestionar elaboración de cronograma de capacitación	Cronograma elaborado y validado por comité de calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
27	Realizar las capacitaciones requeridas por todo el personal responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores.	Capacitar al personal asistencial en la aplicación de la norma técnica.	Nº de personal asistencial capacitado / total personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	48	49	98%	1.92%	100%
28	Evaluar la adherencia del personal asistencial responsable de la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores en la aplicación de la norma técnica correspondiente.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías y protocolos para la atención de los pacientes con enfermedades transmitidas por vectores en la aplicación de la norma técnica correspondiente.	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	40%	SI	48	49	98%	1.92%	100%
29	Identificar por informes estadísticos y epidemiológicos, las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	Primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	Cuadro estadística de las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad.,	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
30	Mantener ajustadas y actualizadas a las normas técnicas las guías de atención, que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes	Guías de atención de las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes, usuarios de los servicios de la entidad ajustadas y actualizadas a la norma técnica	Guías de atención ajustadas y actualizadas a la norma técnica de las primeras causas de morbilidad /total de primeras causas de morbilidad definidas por el comité de calidad según el perfil epidemiológico.	100%	SI	1	1	60%	1.92%	60%
31	Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal responsable.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías de atención que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los niños, niñas y adolescentes	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	100%	NO	0	0	0%	0.00%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
32	Aplicar en los programas correspondientes las guías en todos los puntos de atención urbana y rural, para garantizar la atención integral para los niños, niñas, adolescentes de acuerdo a su morbilidad.	Lograr la atención integral de los niños, niñas y adolescentes captados, con el cumplimiento de las guías de manejo.	Numero de niños, niñas y adolescentes atendidos integralmente con el cumplimiento de la guía / Numero de niños, niñas y adolescentes captados.	40%	NO	0	0	0%	0.00%	100%
33	Identificar por informes estadísticos y epidemiológicos, las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	Primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	Cuadro estadística de las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidad.,	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
34	Mantener ajustadas y actualizadas a las normas técnicas las guías de atención, que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores.	Guías de atención de las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores, usuarios de los servicios de la entidadajustadas y actualizadas a la norma técnica	Guías de atención ajustadas y actualizadas a la norma técnica de las primeras causas de morbilidad reportadas estadísticamente.	100%	SI	1	1	60%	1.92%	100%
35	Evaluar la adherencia a las guías de atención por parte del personal responsable.	Evaluaciones realizadas al personal asistencial en la adherencia a guías de atención que correspondan a las primeras causas de morbilidad que afectan a los adultos mayores	Numero de personal asistencial evaluado en la adherencia a protocolos y guías / total de personal asistencial responsable de la atención	100%	SI	1	1	25%	1.92%	100%
36	Aplicar en los programas correspondientes las guías en todos los puntos de atención urbana y rural, para garantizar la atención a los adultos mayores de acuerdo a su morbilidad.	Lograr la atención integral de los adultos mayores captados, con el cumplimiento de las guías de manejo.	Numero de adultos mayores atendidos integralmente con el cumplimiento de la guía/ Numero de adultos mayores captados.	20%	NO	1	1		0.00%	100%
37	Realizar convenio con el SENA para que se programen capacitaciones para la prestación de un servicio de salud humanizado y con calidad	Convenio Capacitación perfeccionado	Evidenciar convenio realizado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
38	Elaborar estrategias y cronograma de capacitaciones para garantizar que los funcionarios realicen gradualmente las capacitaciones programadas	Cronograma elaborado	Cronograma validado por calidad	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
39	Evaluar mediante procesos de auditoria al personal que labora en la entidad para evidenciar la prestación de los servicios humanizados y con calidad	Realizar evaluación al personal para la prestación de servicio humanizado y con calidad	Numero de servidores evaluados / total de servidores de la E.S.E.	100%	SI	156	279	56%	1.92%	100%
40	Garantizar que en forma objetiva se apliquen encuestas de satisfacción al 5% de los usuarios atendidos en cada servicio.	Conocer el grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la entidad.	total de pacientes satisfechos / total pacientes encuestados	87%	SI	13366	13240	99%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
41	Mantener debidamente conciliada y reconocida la cartera con las EAPB y entes territoriales	Actas de conciliación de cartera debidamente firmadas por las partes	Actas de conciliación firmadas /Actas de conciliación que se deben suscribir de acuerdo a los contratos suscritos * 100	60%	SI	27	47	100%	1.92%	100%
42	Depurar los estados financieros, mediante el retiro de cartera glosada incobrable definida en las actas de conciliación y liquidación.	Realizar los ajustes en el balance general	Actos administrativos de aprobación	1	SI	1	1	1%	1.92%	100%
43	Lograr un mejoramiento gradual de la gestión de recaudo de la facturación reconocida por venta de servicios	Incrementar los recaudos sobre total de ingresos reconocidos en cada vigencia por venta de servicios	Valor Recaudado por venta de servicios / Facturación reconocida por venta de servicios * 100	82%	SI	1	1	85%	1.92%	100%
44	Gestionar el mejoramiento de las condiciones tarifarias en la contratación de prestación de servicios con las EAPB	Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia	No. De Contratos suscritos con mejora en las condiciones tarifarias en cada vigencia / total de contratos suscritos en la vigencia anterior *100	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
45	Mejorar las condiciones logísticas y operacionales posibles para aumentar el recaudo en las actividades de Promoción y Prevención.	Establecer e implementar plan operativo que contemple control de metas, capacitación a los facturadores, ajuste y parametrización de Isoftware, estrategias para mejorar la demanda inducida .	numero de acciones realizadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia/ total de acciones programadas en el plan operativo elaborado y aprobado por la gerencia	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
46	Gestionar con el Municipio y el Departamento – Secretarías de Salud, la contratación y ejecución de las actividades y acciones en salud pública.	Gestión para la suscripción de contratos para actividades de salud pública	Contratos suscritos	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
47	Realizar seguimiento al plan de austeridad en los gastos de funcionamiento de la entidad	Plan de Austeridad elaborado y ejecutado	Plan elaborado y ajustado	1	SI	1	1	100%	1.92%	100%
48	Obtener excedentes operacionales en cada vigencia	Lograr excedentes operacionales de la ESE en cada vigencia	Resultado operacional de la vigencia / resultado operacional de la vigencia anterior	2%	.	1	1	37%	1.92%	100%
49	Realizar el diagnóstico de los software asistencial y administrativo para evaluar su funcionalidad de acuerdo a la metodología de evaluación de aplicaciones	Obtener el diagnóstico de la funcionalidad de los software administrativo y asistenciales de acuerdo a metodología establecida	Diagnostico elaborado	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
50	Proponer las acciones de mejora que garantice mayor rendimiento para la integralidad, oportunidad y seguridad de la información o en caso contrario proponer su cambio-	Actualizaciones en los módulos de los software o cambio de los mismos	Nº de módulos con actualizaciones certificadas / Nº de módulos con solicitud de actualización y/o cambio del sistema	100%	SI	1	1	100%	1.92%	100%

No.	ACTIVIDADES	PRODUCTO	INDICADORES	METAS 2018	CUMPLE SI/NO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	VR C/INDICADOR	VR C/INDICADOR
51	Conectar de acuerdo a los estándares del Ministerio de las TIC los servicios prestados por la USI (software administrativo y asistencial) Asegurando que se interconecten de manera efectiva y sin errores de sincronización	Realizar la conexión de todos los puntos de atención de la zona urbana.	Nº de puntos de atención de la zona urbana conectados a la red / Total de puntos de atención de la zona urbana.	60%	SI	1	1	100%	1.92%	100%
52	Realizar plan de mantenimiento de los equipos que garanticen tiempos de acceso, respuesta y control	Plan de mantenimiento implementado para el cumplimiento de las metas de cada vigencia	No de equipos con mantenimiento realizado / Total de equipos en funcionamiento	60%	SI	1	1	100%	1.92%	100%

100.0% 99.3%

ORLANDO ALFARO GALEANO
Contratista Planeacion y apoyo control interno

94.08