



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Proceso / Subproceso:
Vigencia:

No.	Objetivos Estratégicos	Transversalidad Plan Nacional de Desarrollo	Transversalidad Plan Departamental de Salud - Valle Inencible	Meta Resultado	Programa	Dimensiones del MIPG	Meta Producto	INDICADOR DE RESULTADO			
								Descripción de la Formula	Unidad de medida	Línea Base Resultado	
										Valor	Año
1	PROMOVER LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	Estrategia de Participación Ciudadana Modelos de Atención Integrales	Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Seguridad del Paciente	Gestión del Conocimiento y la innovación	Actualizar y socializar el programa de seguridad del paciente	# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidez y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje	0	2020
Actualizar y documentar el despliegue de la Política Institucional de Seguridad del Paciente con la comunidad Hospitalaria(Personal Asistencial, Administrativo, usuario y familia)											
Incluir en el programa de seguridad del paciente el modelo de gestión orientado al flujo de pacientes											
Generar la cultura de reporte, análisis y las acciones de incidentes y eventos adversos											
					Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Evaluación de Resultados	Respuesta oportuna a las PQRS presentadas por el usuario				
							Entrega informe satisfacción				
							Disminución progresiva de PQRS por fallas en el servicio, en calidez, trato digno				

					Gestion del Conocimiento y la innovación	Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales			
3			Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura	Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestion con valores para el resultado	Cumplimiento de las actividades del PIC al 100%			
					Evaluación para el Resultado	Medir la productividad del profesional médico de consulta externa 1. Cumplir con la meta de los tres días de oportunidad. Indicador N°. 26 Res. 408 de 2018			
					Gestion con valores para el resultado	Gestionar la prestación de los servicios de salud acorde a la capacidad instalada Realizar actividades preventivas de Higiene oral Realizar el 70% de tratamientos odontológicos programados			
					Gestion del Conocimiento y la innovación	Garantizar el seguimiento en salud mental a los usuarios consultantes por violencias, intento suicida y consumo de sustancias psicoactivas			
					Evaluación para el Resultado	Realizar seguimiento y presentar informe mensual del número de pruebas de embarazo positivas que ingresan al programa a partir del resultado positivo en el laboratorio. Indicador N°. 21 Res. 408 de 2018			

<p>GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES</p>	<p>Modelos de Atención Integrales Programas de Promoción y Prevención</p>	<p>Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud</p>	<p>Garantizar cobertura de Consulta ambulatoria intra y extra hospitalaria</p>	<p>Programa de Atención hospitalaria</p>	<p>1. Realizar informe mensual de la aplicación de la prueba rápida de sífilis a los recién nacidos y mujeres gestantes del periodo. 2. Reportar los casos positivos y generar tratamiento oportuno y reportes de Ley. 3. Presentar 12 informes donde se evidencie la oportunidad de ingreso al control prenatal antes de la semana 12. Indicador N°. 22 Res. 408 de 2018</p>	<p>Numero de Población atendida / Numero de Población Objeto x 100</p>	<p>Porcentaje</p>	<p>85%</p>	<p>2020</p>	
					<p>Información y comunicación Evaluación para el resultado</p>					<p>1. Socializar la guía de enfermedad hipertensiva. 2. Evaluar la Guía de enfermedad hipertensiva 3. Realizar informe del seguimiento de la adherencia a la guía de enfermedad hipertensiva. Indicador N°. 23 Res. 408 de 2018</p>
										<p>1. Socializar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 2. Implementar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 3. Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 4. Mantener la acreditación IAM1. Indicador N°. 24 Res. 408 d</p>
					<p>Gestion con valores para el resultado</p>					<p>Garantizar el 100% procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias en los tiempos normalizados de acuerdo al nivel de complejidad</p>
										<p>Garantizar la entrega oportuna de acuerdo con la normatividad vigente de imágenes tomas y resultados</p>
										<p>Garantizar el 100% de entrega de resultados de las muestras de laboratorio en los servicios ambulatorios</p>
										<p>Ejecutar el 100% de las actividades contratadas a través de los planes de intervención colectiva</p>
										<p>Gestionar el Modelo de acción integral territorial en Salud en la relacionada con Prestación de servicios, Talento Humano, Financiamiento y enfoque diferencial, aseguramiento</p>
										<p>Realizar seguimiento al Plan de emergencia.</p>
					<p>Actualización de los Planes de Contingencia y su cumplimiento en eventos que afectan las condiciones de salud de la población.</p>					

			Mantener el % de Capacidad resolutive de la estructura instalada en Urgencias	Programa de Atención hospitalaria	Gestión del Conocimiento y la innovación	Actualizar las Guías, Protocolos, Procedimientos del servicio de urgencias de acuerdo con la normatividad vigente	No. de consultas de Urgencias realizadas/ No. de consultas programadas para el Proceso de Urgencias) * 100	Porcentaje	100%	2020
					Evaluación para el Resultado	Realizar análisis de los procesos de Referencia y Contrareferencia de los casos presentados trimestral				
					Gestión con valores para el resultado	Cumplimiento de los planes de capacitación de la operación del servicio de urgencias				
				Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo	Control Interno	Formular y desarrollar el Plan de Auditorías				
					Gestión del Conocimiento y la innovación	Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo a la normatividad vigente				
					Evaluación para el resultado	Apoyar los procesos de gestión administrativa en cumplimiento de la efectividad institucional				
				Programa Gestion Jurídica Institucional	Evaluación para el Resultado	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia				

<p>POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO</p>	<p>Sistemas de Información</p>	<p>5010303. Subprograma: Gestión Administrativa y Financiera</p>	<p>Desarrollar el 100% de las estrategias de Gestión Administrativa</p>	<p>Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo</p>	<p>Gestión con valores para el resultado</p>	<p>Asistir oportunamente los procesos jurídicos que comprometan al Hospital</p>	<p>Numero de Actividades Realizadas / Numero de Actividades Planeadas</p>	<p>80%</p>	<p>2020</p>
					<p>Gestión del conocimiento y la innovación</p>	<p>Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades y / o centros de estudio formales</p>			
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Mantener la certificación del Sistema de Gestión de Calidad</p>			
					<p>Información y comunicación</p>	<p>Actualizar e Implementar una estrategia de Comunicación interna y externa en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo ESE</p>			
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Realizar 3 seguimientos de la autoevaluación de los estándares de acreditación. Indicador N°. 1 Res. 408 de 2018</p>			
						<p>Realizar 4 seguimientos al Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Indicador N°. 2 Res. 408 de 2018</p>			
					<p>Gestión con valores para el resultado</p>	<p>Ejecutar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Realizar 4 seguimientos al Plan de Desarrollo.</p>			
					<p>Evaluación para el resultado</p>	<p>1. Recolectar la información a reportar de acuerdo a los responsables establecidos. 2. Realizar el reporte oportuno en cumplimiento al cronograma de informes establecido. Indicador N°. 10 Res. 408 de 2018</p>			
					<p>Evaluación para el resultado</p>	<p>Realizar seguimiento a través del cronograma de informes y responsables. 2. Conciliar la información de manera permanente entre las áreas. 3. Dar cumplimiento al cronograma establecido para el reporte de la información trimestral y semestral y anual del decreto 2193. Indicador N°. 11 Res. 408 de 2018</p>			
					<p>Direccionamiento estratégico y Planeación</p>	<p>Desarrollar los componentes de Modelo Integrado de planeación y Gestión-MIPG</p>			
					<p>Gestión con valores para el resultado</p>	<p>Actualizar el mapa de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales</p>			

34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											

TOTAL

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
GERENTE