

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

FECHA: Lorica, Marzo 17 de 2016

DE: CONTROL INTERNO

PARA: GERENCIA

ASUNTO: INFORME DEL PLAN OPERATIVO DE LA VIGENCIA 2015

Me permito presentar el cumplimiento de cada plan operativo anual de todos los servicios y áreas realizando una respectiva verificación de la información.

Por otro lado se informa que todos los planes operativos son pertinentes, están trabajando en actividades relacionadas con el proceso de acreditación y que cada plan tiene indicadores que permiten medir tendencia de cada uno.

ADMINISTRATIVOS:

AUDITORÍA DE CUENTAS

Nivel de cumplimiento: 85.1%

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Pre auditoría de cuentas por atenciones de urgencia y hospitalización	Diaria	Medir el porcentaje de facturas erradas.	Número de facturas corregidas / Numero de facturas auditas	$6.594/28.370 = 0.23 * 100 = 23\%$	23%	Carpetas con soportes auditados
Contestar oportunamente las	Mensual	Contestar oportuna	Valor glosa contestada	$902.515.123/902.515.123 = 1 * 100 = 100\%$	100%	Carpetas de EPS con oficios y soportes de respuestas.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

glosas		mente en un 100% las glosas.	oportunamente/valor glosa recibida.	100%		
Socialización de las causales de glosas con personal de facturación y jefes del área asistencial	Mensual	Socializar mensualmente las causales de glosa	Socialización de las 10 primeras causales de glosas	Entrega de oficios a personal responsable de la glosa.	100%	Oficios de notificación de motivos de glosas como socialización a personal responsable.
Responder la No aceptación de glosas cuando han sido recibidas de forma extemporánea.	Diariamente	90% de Respuestas emitidas a las EPS de forma oportuna	Numero de glosas recibidas extemporáneas/ número de respuestas oportunas	168/168	100%	Carpetas con soportes
Estudio del comportamiento de las glosas trimestralmente	Bimestral	Disminuir en un 20% el valor de la glosa parcial	Valor glosa parcial año anterior/Valor glosa actual parcial	802.350.392/902.515.123*100 =88.9%	88%	Carpetas con soportes
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de		Cumplir con 90% de las actividades previstas en el plan de mejorami	Acciones realizadas/acciones programadas	NA	NA	Auditoría de cuentas

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

mejoramiento		ento				
Asistir a las capacitaciones de calidad	Semanal	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Número de capacitaciones a las que asistieron todo el personal /total de capacitaciones programas	31/31	100%	Asistencia

ESTADÍSTICAS

NIVEL DE CUMPLIMIENTO 100%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	FECHA	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS	RESPONSABLE
1. Recopilar, Producir Informes Estadísticos confiables y Oportunos, para la elaboración de Indicadores del Área de Calidad.	Facilitar el flujo Oportuno de la Información Estadística y garantizar su Uso al Área de Calidad.	Alcanzar en un 100% la obtención y reporte de la información, al correo Institucional del Área de Calidad.	Mensual	Nº de Informes reportados Oportunamente / Nº de Informes dispuestos.	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	Informes Mensuales de Actividades, para Área de Calidad y Otros.	Coordinador del Equipo de la Oficina, Auxiliar de Contrato.
2. Tabular y constituir informes Estadísticos solicitados por el sistema vigente y	Generar Información Estadística basada en los procesos en términos de oportunidad y calidad.	Cumplir en un 100% con la Obligación del reporte de Informes estadísticos de producción y de	Mensual	Nº de Informes reportados Oportunamente / Nº de	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	Informes del Decreto 2193 de 2004 y de la Resolución 4505 de 2012	Coordinador del equipo de la Oficina, Auxiliar Administrativo y Auxiliar de

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

presentar informes y Resúmenes obligatorios para la E.S.E. y otros, de los Rips y Historias Clínicas.		Atención de la población Usuaria de la E.S.E.		Informes dispuestos				Contrato.
3. Examinar y criticar la realidad y elementos de la información de los Rips de los centros de costos.	Depurar la información para la utilización de la Oficina de calidad	Evaluar y valorar la información recolectada en un 100%.	Mensual y anual	Nº de Rips Verificados / Nº de Rips dispuestos	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	In forme a ala Oficina de Calidad y RIPS Revisados y Corregidos de Urgencias y de Apoyo Diagnósticos	Coordinador del equipo de la Oficina, Auxiliar de contrato.
4. Construir Indicadores de Gestión de Producción e Información.	Calcular del comportamiento de la Producción por servicios	Facilitar resultados para el análisis del comportamiento institucional en un.100%	Mensual y anual.	Nº de Informes reportados Oportunament e / Nº de Informes dispuestos	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	Informe de Indicadores de Producción Mensual.	Coordinador del equipo de la Oficina y Auxiliar de Información.
5. Organizar, identificar y archivar las Historias Clínicas de Hospitalización y Urgencias de acuerdo a la Tabla de Retención documental y de igual manera su préstamo e Ingreso.	Mantener en concordancia con las TRD la organización de la Historia Clínica y el Archivo Centralizado.	Activar y generar resultados satisfactorios del suministro de la Historia Clínica y de su custodia del usuario interno y externo de la E.S.E. en un 100%	Diario y Mensual	Nº de Historias Clínicas Solicitadas / Nº de Historias Clínicas entregadas Oportunament e	1 / 1= 1 1*100= 100%	1 / 1= 1 1*100= 100%	Entrega Oportuna de Historias Clínicas a: Consulta externa, Servicios de Hospitalización, Auditoria, Área Planeación y Otros	Trabajador Oficial y Auxiliares de Contrato.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

y Disposición para el Área Asistencial								
6. Organizar, identificar las Historias Clínicas de Hospitalización por Diagnósticos para el programa de Mejoramiento de calidad solicitada por Área Asistencial	Seguimiento y Evaluación del Programa de Mejoramiento de calidad	Suministro de Historia Clínica para Seguimiento, Evaluación del Programa de Mejoramiento en un 100%	Diario y Mensual	Nº de Historias Clínicas Solicitadas / Nº de Historias Clínicas entregadas Oportunamente	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	Entrega Oportuna de Historias Clínicas a: Consulta externa, Servicios de Hospitalización, Auditoria, Área Planeación y Otros	Coordinador del equipo de la Oficina, Auxiliar Administrativo Trabajador Oficial y Auxiliares de Contrato
7. Realizar el censo diario de Ingresos y Egresos Hospitalarios por Servicios, identificando Dias Pacientes, Camas Disponibles y Elaborar su Información Estadística, para su Uso y Reporte...	Supervisar el Ingreso, Egresos y recolección de Historias Clínicas por servicios de Hospitalización.,	Capturar en un 100% los Ingresos y Egresos Hospitalarios por servicios de Hospitalización.	Diario y Mensual	Nº de Informes reportados Oportunamente / Nº de Informes dispuestos	12 / 12= 1 1*100= 100%	11/12*100 91.66%	Historias Clínicas de Hospitalización, de Urgencias.	Auxiliares de Información y Coordinador del equipo de la Oficina.
Elaboración del Informe del decreto 2193, e Insertar en la Página WEB del Ministerio de Salud.	disponer la información periódica y ordenada que permita efectuar el seguimiento y evaluación de la	Cumplir con la respectiva competencia de las disposiciones establecidas en el Decreto 2193 en un	Trimestral	Nº de Informes reportados Oportunamente / Nº de Informes	4/4*100 100%	3/4*100 75%	Informe del Decreto 2193, periodos Enero-Marzo Y Abril – Junio, Julio - Septiembre de 2015.	Coordinador del Equipo de sistemas de Información

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

	gestión de Producción de la E.S.E.	100%		dispuestos				
Las distintas a que hubiere lugar inherente al equipo de sistemas de información y Área de Estadística.	Mejorar la Oportunidad del Uso de la información para los Clientes Internos y Externos de la E.S.E.	Lograr calidad en la confianza de la información en un 100%	100%	100%	100%	100%	Elaboración de formatos que sean necesarios para mejorar la Captura de Información	Coordinador del equipo de sistemas de información.

SERVICIOS GENERALES

Nivel de cumplimiento 103%

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Supervisar el consumo de las placas de rayos x	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Concluir con al menos el 90% de los servicios solicitados y autorizados durante una revisión mensual.	Número de placas utilizadas /Número de placas solicitadas	$9805/10100 = 0.97$	97%	Informe mensual del control de placas en Rx Se debe investigar que paso con el 3% de placas que hacen falta
Archivar y llevar el control de las remisiones realizadas por la ambulancia.	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Finalizar con al menos un 90% de la actividad realizada	Numero de remisiones realizada/número de remisiones archivadas	$1738/1738 = 1$	$1*100= 100\%$ $100\%/90%= 1.11$ $1.11*100\%$ 111%	Remisiones archivadas del mes de ENERO AL MES DE DICIEMBRE

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	

Mantener al personal de servicios generales actualizado y capacitado en cuanto a los protocolos de limpieza que se vayan implementando	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Cumplir con un 90% con las aplicaciones de los manuales o protocolos de limpieza que se estén implementando en la institución.	Numero de evaluaciones realizadas / informe de resultado de evaluaciones entregado	7/8	97%	Firma en planilla de asistencia
Ejecutar, socializar y supervisar los protocolos de limpieza, evaluándolos así mismo con el personal de servicios generales.	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Establecer que queden implementadas y evaluadas por lo menos en un 90% las actividades de limpieza asignadas.	2 supervisiones realizadas	2/2 = 1	1*100= 100% 100%/90%= 1.11 1.11*100% 111%	Formato de verificación en las rondas de que se lleven a cabo las actividades
Trabajar en el mejoramiento de los estándares de acreditación	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Aumentar la calificación en un 20% al finalizar el año.	Llevar registro de asistencias y actas de reunión que verifiquen el cumplimiento de la actividad		100%	Acta de asistencia firmada
Coordinación, programación y control de la prestación de servicios generales en toda la planta física de la institución	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Medir el cumplimiento de las actividades Programadas para la prestación de servicios generales de la ESE en un 98%	Programas elaborados/ programas entregados	11/12 =91.6	91.6*100= 91.6% 91.6%/98%= 93,4%	Registro de los programas elaborados y entregados.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005	
	CONTROL INTERNO	

Asistir a las capacitaciones de calidad	Del 01 de Enero al 31 de Diciembre del 2015	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	28/31 =90.32	90/80=1.12*100=112%	Firma en planilla de asistencia.
---	---	---	--	-----------------	---------------------	----------------------------------

GESTIÓN AMBIENTAL

Nivel de Cumplimiento 102.7%

ACTIVIDAD	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCIÓN	INDICADOR	RESPONSABLE
Realización adecuada de la segregación de los residuos peligrosos y no peligrosos en los diferentes servicios de la ESE.	Mejorar la segregación de los residuos, para minimizar costos en el pesaje y a la vez mantener un ambiente sano y saludable en nuestras instalaciones.	Optimizar el proceso disminuyendo en un 10% la producción de residuos peligros, teniendo en cuenta el porcentaje ocupacional.	Diario	<p>Pesaje de residuos peligrosos de la vigencia actual/30.024 kilos el porcentaje ocupación/39.470 pesaje de residuos de la vigencia 33.064 anterior /porcentaje ocupacional/38.791 de la vigencia anterior. Vemos que se ha reducido considerablemente el pesaje de los residuos hospitalarios 3.040 kilos menos que en el 2014.</p> <p>el número de pacientes ingresados en la vigencia actual es mayor que la de la vigencia anterior 677 pacientes más, gracias a la labor de todos vemos que se está haciendo un excelente</p>	Julio paradas Gestión ambiental

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

				trabajo en el manejo integral de los residuos hospitalarios y similares en la E.S.E hospital san Vicente de Paul de Lorica. 100%	
Capacitación en materia ambiental al personal de la ese	Instruir al personal de nuestra empresa, para facilitar el manejo de los residuos sólidos.	Realizar 4 capacitaciones en el año	Trimestral	No de capacitaciones realizadas/No # capacitación de capacitaciones programadas: 5 / 4 = 125%	Julio paradas Gestión ambiental
Llevar de manera ordenada el formato RH1.	Controlar el flujo de los residuos peligrosos y no peligrosos que salen de nuestra empresa.	Supervisar que los residuos hospitalarios y similares se les de él proceso pertinente mediante la empresa contratada	Mensual	Formatos de RH1: se están llevando de manera ordenada mensualmente. 100%	Julio paradas Gestión ambiental.
Difundir procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental(PGIRHS)	Evaluar el impacto ambiental a partir de la gestión de la organización. y fomentar la cultura ecológica y el uso racional de los recursos ambientales.	Difundir en un 90% el proceso para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.	mensual	Numero de charlas, socializaciones, capacitaciones realizadas/ numero de charlas, socializaciones y capacitaciones realizadas. Se están realizando las charlas todas las semanas con resultados excelentes. $\frac{3}{4}=75\%$ $\frac{75}{90}= 83\%$	Julio paradas Gestión ambiental.
Participar en la priorización y elaboración de productos del estándar de ambiente físico.	Cumplir con la priorización del estándar de gerencia del ambiente físico.	Aumentar la calificación en un 20%.	permanente	Calificación de la vigencia actual/ calificación de la vigencia anterior.. Se cumplió en la autoevaluación $\frac{1.68}{1.39}=1.2$ 100%	Julio paradas Gestión ambiental.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 CONTROL INTERNO		
	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M	

Seguimiento al programa del PGIRHS	Realizar seguimiento al cumplimiento del PGIRHS	Cumplir en un 90% con el PGIRHS	Permanente	No de actividades realizadas/No de actividades programadas $12/12=1*100=100\%$ $100/90=111\%$	Julio paradas Gestión ambiental.
Asistir a las capacitaciones de calidad	Conocer todos los avances, proyectos, programas y plataforma de la ESE	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Según programación	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas $25/31=80\%$ $80/80=1*100=100\%$	Julio paradas Gestión ambiental.

JURÍDICA

Nivel de cumplimiento 87.4%

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Meta	Indicador	Resultado	Cumplimiento	Evidencia.
Realizar defensa judicial de la E.S.E. en forma oportuna y en los casos pertinentes llamar en garantía a las aseguradoras.	PERMANENTE	Optimizar la representación y defensa judicial del patrimonio de la E.S.E. contestando la demanda oportunamente al 100%	N° de procesos contestados dentro de los términos legales /No total de procesos Seguimiento semanal de los procesos	$14/14=100\%$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $1/100*100=100\%$	Fotocopias de permanencias en juzgados de montería Córdoba. Y recibido de mandas contestadas y diferentes recursos y acciones propuestas por la oficina jurídica en los diferentes procesos en los que la E.S.E. hace parte. Contestaciones de demandas.
Contestar peticiones con	PERMANENTE	Fortalecer el proceso de la	No de peticiones contestadas dentro de	$161/161=100\%$	$1*100=100\%$	Copia de recibido de todos y cada uno de los derechos de petición que

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

mayor celeridad y efectividad acatando las disposiciones legales		respuesta a las peticiones, quejas y reclamos	los términos /No de peticiones realizadas	El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	Nivel alcanzado /Meta propuesta $1/100*100=100\%$	reposan en el archivo de la E.S.E.
Capacitación para la prevención del daño anti jurídico	31/12/2014	Cumplir con cuatro capacitaciones en el año	Capacitaciones programadas al 100%	$4/4=100\%$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	100/100 Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	Planillas de asistencia a charlas. La primera capacitación está programada para realizarse el día 16 de abril en el marco de la hora de la calidad
Revisar los proyectos de actos administrativos emitidos por el Gerente de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul	PERMANENTE	Impedir la ocurrencia de erros que puedan causar daño antijurídico y posibles demandas contra la E.S.E. Hospital San Vicente de Paul.	Visto bueno en los actos administrativos emitidos por gerencia y revisados por la oficina Jurídica.	$19/19=100\%$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $1/100*100=100\%$	
Proyección de derechos de petición a entidades de orden nacional, departamental y/o municipal de ser necesario y de ser solicitado por gerencia.	PERMANENTE	Mantener un suministro constante y actualizado de información a los funcionarios de la E.S.E. que la requieren como insumo para el desarrollo de sus actividades y	N° de derechos de petición solicitados según la necesidad.	$34/34=100\%$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $1/100*100=100\%$	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

		toma de decisiones.				
Brindar asesoría para Elaborar Manual de Cartera	PERMANENTE	Dar asesoría en un 90%	Asesorías brindadas	0/0=0% El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	0*100=0%	
Asistir a las capacitaciones de calidad	PERMANENTE	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	28/31=.90 El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	90/80=112% Nivel alcanzado /Meta propuesta	Asistencia hora de La calidad

ADMISIONES

Nivel de Cumplimiento 100%

ACTIVIDADES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Elaborar la información de tiempo de espera de: citas médicas y programación de cirugías a: ➤ Control de calidad ➤ Área de Estadística.	Mensual.	Entregar informe los primeros 5 días hábiles.	No de informes entregados /No de informes requeridos	12 / 12 = 100%	1 * 100 = 100%	Planilla de los indicadores recibidas con metas cumplida dentro del indicador
Coordinar la programación de consulta, teniendo en cuenta la contratación con	Diario	Cumplir en un 100% con la programación de	No de consultas programadas/ No de citas contratadas	37,740 / 37,410	1,02 / 100=	Consolidado de las consultas contratadas, vs programadas y realizadas y planilla de consultas

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

los especialistas.		citas		=1,02	102%	
Coordinar la programación de cirugía, teniendo en cuenta la contratación con los especialistas.	Diario	Cumplir en un 100% con la programación de cirugía	No de Horas de cirugías programadas/ No de H cirugía contratadas	3,237 / 3,755= 0,86	0,86/ 86% 100=	Consolidado de las consultas contratadas, vs programadas y realizadas y planilla de cirugías (No se cumple por el servicio de ortopedia y ginecología cuando las embarazadas se le adelanta el parto e ingresan por urgencia y no contrato con algunas eps)
Elaborar el informe de producción de los especialistas de la consulta externa y cirugía programada	Mensual.	Entregar informe dentro de los 10 primeros días hábiles.	No de informes entregados oportunamente/No de informes requeríos	12/ 12 = 1%	1 * 100 = 100%	Informe entregados al área asistencial.
Usar estrategias con las EPS-S para la asignación de citas a usuarios	Diario	aumentar en un 2 % la producción	No de citas realizadas en la vigencia actual/No realizadas en l vigencia anterior	35,902 / 27,582 = 1,30	Alcanzo la meta 130%	Planillas de cita (Aumento debido a que se contrató más consulta que en el segundo trimestre del 2014.
Actualizar y socializar el manual de proceso y procedimiento del área de admisión a las compañías de admisión(auxiliar programación de cirugía, y citas)	Semestral	Socializar e implementar un 100% el manual de procesos de admisiones	Capacitaciones realizadas/ sobre capacitaciones programadas.	2/ 2 = 1%	1 * 100 = 100%	Se socializo en el mes de junio.
			Nº de facturas			

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Hacer un seguimiento de la facturación en el servicio de urgencia	mensual	100% servicios prestado facturados	entregadas/ N° de historia clínica entregadas a estadística	22,098 / 21,920 = 1,008	1,008 * 100 = 100%	Certificación entregada.
Coordinar con la jefa de Consulta Externa las oportunidades de los usuarios que necesitan una consulta prioritaria.	Diario	Asignar citas prioritarias en un 90%	No de citas por oportunidad asignadas /No de citas prioritarias solicitadas	843 / 881 = 0,95	0,95 * 100 = 95% Nivel alcanzado / Meta propuesta 95 / 90 * 105 %	Planilla de consulta y formatos de oportunidades dadas.
Participar en la priorización, ejecución y elaboración de criterios priorizados	Permanente	Aumentar la calificación en un 1.20	Calificación actual /calificación anterior	Priorización, planes de mejoramiento y actividades	1.56/1.5=1.04 Cumplimiento del 86%	Autoevaluación de acreditación
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Según planes de mejoramiento	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas	1 / 1 = 1 %	1 x 100 = 100 % Nivel alcanzado / Meta propuesta 100/ 90 * 100 = 111%	Se implementó en el software la vía por la cual es asignada la cita por medio de un oficio realizado al área de sistema para su diligenciamiento
Asistir a las	Programación	Que el 80% del	Número de personal del servicio que asiste		0,70 x 100 =	planilla de asistencia a

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	CONTROL INTERNO		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

capacitaciones de calidad	entregada mediante circular 001	personal asista a las capacitaciones	a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	22/ 31= 0, 70	70% Nivel alcanzado / Meta propuesta 70 / 80 *100 = 87%	capacitaciones
---------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	---	---------------	---	----------------

AUDITORIA DE MEDICAMENTOS

Nivel de cumplimiento 93.8%

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Hacer pruebas de campo, verificaciones puntuales y seguimiento diario al censo de pacientes, al volumen de ordenaciones médicas incluidas en las notas de cargo procesadas y su correspondencia en cantidades, dosis y aplicaciones efectivas consignadas en la historia clínica del paciente y las hojas de	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Verificar en un 90% que al paciente durante su estancia en el servicio se le brinde de manera eficaz y oportuna la administración correcta del tratamiento ordenado por el médico, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y además disminuir significativamente los gastos innecesarios de medicamentos y/o	Numero de hojas de medicamento donde se aplica el tratamiento correctamente/ Total de historias clínicas revisadas.	4250/4796=	0.88*100= = 88 88%/90% = 0.97*100% =97%	libros y tablas en excel

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

gasto.		dispositivos médicos.				
Verificar el cumplimiento de las facturas generadas por el servicio farmacéutico con destino al almacén de la ESE para procesar el correspondiente ingreso y salida de almacén.	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Dar cumplimiento en un 100% a la revisión mensual de las facturas emitidas por parte del servicio farmacéutico con el fin de minimizar en su totalidad los errores encontrados en la misma.	No facturas revisadas/ total de facturas emitidas	23/23=1	1*100=100% 100%/100% =100%	facturas emitidas
Verificar el cobro de medicamentos genéricos que estén incluidos en el POS y además verificar que los medicamentos NO POS ordenados por el médico tratante contengan el formato CTC (comité técnico científico).	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Vigilar en un 95% la dispensación o entrega de medicamentos genéricos por parte del servicio farmacéutico o en su defecto verificar que los medicamentos NO POS ordenados por el medico sean avalados por el Comité Técnico Científico.	No de medicamentos NO POS solicitados y autorizados con EPS con el formato CTC / total de medicamentos no POS entregados	2199/2199=1	1*100=100 100%/95% =105%	carpetas de ctc y tabla de excel

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Vigilar el stock de farmacia para garantizar el flujo oportuno de los productos.	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Vigilar en 95% la entrega completa y oportuna de medicamentos y/o dispositivos médicos por parte del servicio farmacéutico con el fin de brindar medicamentos con calidad que permitan mantener la adherencia terapéutica del tratamiento	Numero de verificaciones realizadas/número de verificaciones programadas	87257/87257=1	$1*100=100\%$ $100\%/95\%=1.05\%*100\%=105\%$	libro de indicador
Verificar diariamente las notas de cargo y sus correspondientes devoluciones	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Vigilar en un 95% que las devoluciones sean descargadas de la facturación de farmacia	Valor de las devoluciones/valor de la descarga de la farmacia	10.834.047/10.834.047=1	$1*100=100$ $100\%/95\%=1.05$ $1.05\%*100=105\%$	libros y tablas en excel
Verificar que los medicamentos y insumos quirúrgicos se facturen por parte del hospital	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Realizar revisión en un 100%	Revisión realizada / Revisión programada	11/12=0.91	$0.91*100=91$ $91\%/100\%=0.91\%$ $0.91\%*100=91\%$	carpeta de consumo
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Enero 01 a Noviembre 30 de 2015	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas	NA	NA	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

Asistir a las capacitaciones de calidad.		Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron todo el personal /total de	21/31=0.67	0.67*80=53.6 53.6%/80%=0.67 % 0.67%*80=53.6	planilla de asistencia
--	--	---	--	------------	--	------------------------

CALIDAD

Nivel de Cumplimiento 99.4%

ACTIVIDAD	FECHA	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Seguimiento de indicadores de calidad ¹	mensual	Lograr en un 100% la obtención y reporte de la información	Nº indicadores reportados oportunamente/Nº de indicadores existentes	41/41= 1 1*100= 100%	100%/100%= 100%	Planillas de indicadores
Realizar Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	Según programación.	cumplir con el 90% de las actividades del PAMEC	Nº de actividades programadas realizadas en el período/ Nº actividades programadas en el período	14.33 /15= 0.95*100= 95,5%	95.5%/90%= 1.06*100= 106%	Archivos autoevaluación, priorización, planes de mejoramiento, seguimiento. Cronograma de auditorias, listas de chequeo, informe. Archivo de indicadores de calidad. Cronograma hora de la calidad, planillas de asistencia.
Seguimiento a Riesgo	Mensual	Gestión y colaboración en 70% de los eventos adversos	Nº eventos adversos detectados y gestionados/ Nº eventos adversos detectados	181/181= 1 1*100= 100%	1*100= 100% 100%/70%= 1.42% 142.8%	Actas de Comité de seguridad del paciente.

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NIT. 800804153-7 Leticia - Córdoba Cra 56 N°: 17-184 Tel: 7735686 - 7258481 Barrio San Pedro</small></p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 CONTROL INTERNO		
	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M	

Seguimiento a estándares de Habilitación	Anual	Gestionar las actividades planteadas en los planes de mejoramiento con el fin de cumplir con los estándares de habilitación	Informe de autoevaluación	100%	100%	*Informe de autoevaluación. *consultar aprobación de proyectos e ingresos al almacén de equipos biomédicos, así como las mejoras en infraestructura.
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Anual	≥ 1.20 de la calificación obtenida.	Promedio de calificación en la vigencia evaluada/ promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	1.84/1.53= 1.2	100%	Informe de acreditación vigencia 2014 Actas grupos de Acreditación
Acompañamiento en la implementación del componente de acreditación y mejoramiento de la calidad		Realizar acompañamiento en las actividades de los grupos de estándares de acreditación en un 90%	N° estándares con acompañamiento /No de estándares	7/7=1 1*100= 100%	100%/90%=1.1% *100 111.1%	Informe de acreditación vigencia 2014 Actas grupos de Acreditación
Adopción de guías de práctica clínica ²	Según programación y priorización de los servicios	Aplicar la metodología de adopción y adaptación de guías de práctica clínica en un 100%	N° de guías adoptadas / N° de guías seleccionadas	24/74= 0.32 0.32*100= 32.4%	32.4%/100% =0.32 0.32*100% =32.4%	Actas y planillas de asistencia GPC
Ejecutar actividades	Según planes de	Cumplir con 90% de las	Acciones realizadas/ acciones	33/37	89.1%/90%	N.A

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	mejoramiento	actividades prevista en el plan de mejoramiento	programadas	= 0.891 0.891*100= 89.1%	= 0.99 0.99*100 =99%	
Seguimiento a acciones de mejora establecidas y concertadas con entes externos	Cuando aplique	Seguimiento semestral de los planes o acciones de mejora	Dos informes de seguimiento a las acciones de mejora establecidas por entes externos	NA	NA	NA
Coordinar la estrategia "HORA DE LA CALIDAD"	Cronograma: febrero Inicio: 19 de marzo	Que se ejecute el 95% de las capacitaciones programadas	Numero de capacitaciones realizadas en el período /total de capacitaciones programadas en el período	31/31=1 1*100 100%	100%/95%= 1.05 1.05*100= 105%	Planillas de asistencia

LOGISTICA

Nivel de cumplimiento 106%

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Meta	Indicador	Resultado	Cumplimiento	Evidencia
Apoyo y seguimiento a los POA'S administrativos.		Realizar seguimiento al 95% de los POA'S administrativos 1 REUNION TRIMESTRALMENTE	No de seguimientos realizados a los POA'S / Total de poas del área administrativa	Se realizaron 4 reuniones	95% /100%=100%	Actas de reuniones

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero		Disminución de los pasivos en un 10% del hospital. ANUAL (FINALIZAR EL AÑO)	Valor de los pasivos de la vigencia actual/valor de los pasivos de la vigencia anterior.	Se envió PSFF y a la espera de su aprobación	Se realizaron actualizaciones y si se disminuyeron los pasivos 100%	
Realizar seguimiento al proceso de contratación teniendo en cuenta que cumpla con la necesidades de la ese y respetando los principios de la contratación pública y que regule la contratación electrónica		Transparencia y objetividad en el proceso de contratación y del proceso presupuestal TRIMESTRAL	No de contratos que cumplen con los criterios de la resolución de contratación / No de contratos elaborados	Se realizaron 752 contratos	100%	Los contratos de la entidad en el consolidado de enero a marzo
Apoyo y seguimiento a la priorización de los estándar de acreditación relacionada con el área logística.		Aumentar la calificación de los entandares en un 1.2	Calificación en la vigencia actual / calificación en la vigencia anterior	1.61/1.0=1.6	Meta alcanzada 106%	Acta de reuniones de la acreditación en sus estándares
Respuesta a oficios recibidos (Problemas correctivos)para el buen funcionamiento y pronta corrección de daños		Eficacia y prontitud ante problemas de logística de la E.S.E PERMANENTE	No de PQR recibidos/No de PQR solucionados	Se enviaron 30 solicitudes de mantenimiento	100%	Pqr recibidos por área
Apoyo en la elaboración del plan de bienestar social.		Apoyar en un 90% la elaboración del plan de bienestar social	Elaboración del plan de bienestar social	Se aprobó el plan de bienestar	90%/100%=100%	Actas de reuniones

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

SIAU

Nivel de Cumplimiento 118.5%

ACTIVIDADES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA	OBSERVACIONES
Vigilar, Orientar definir y registrar la prestación del servicio a los usuarios de acuerdo a sus necesidades.	Diario	Del 50% de la demanda de los usuarios que ingresan a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Lórica. Orientar y educar a un 20%.	Nº usuarios orientados y educados/total de 50% de los usuarios que ingresan a la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Lórica.	6122/11085=55	0.55*100%=55% Nivel alcanzado/meta propuesta 55/20*100.8=275%	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de Gestión y Estudios traslados. • Remisiones I.C.B.F. • Registro de Citas • Registro de orientación diaria 	En varias ocasiones no se logra a registrar a todos los usuarios que ingresan a la oficina SIAU, por la demanda de usuarios.
Estrategias para la gestión de estudios especializados y traslados de pacientes.	Diario	Obtener autorizaciones de las EPS en un 90% de los estudios solicitados	No de autorizaciones entregadas por la EPS/ No de estudios especializados solicitados por	425/448 =0.94	0.94*100%=0.94% Nivel alcanzado/meta propuesta 94/90*100= 104%	Planilla de Registro de Gestión de Estudios y traslados de pacientes.	Hay pacientes que se realizan los estudios ambulatorios porque al momento de la cita ya han sido dados

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Capacitación a los usuarios.	Tres capacitaciones mensuales	Cumplimiento de las capacitaciones en un 90%.	Nº de capacitaciones realizadas/ Nº de capacitaciones programadas en el periodo.	45/36*100=133%	133*100%=133% Nivel alcanzado/meta propuesta 133/90*100=147	Registro de Asistencia de Capacitaciones	
Realizar seguimiento al proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales.	Cada vez que se requiera	Lograr un 80% de dar solución (tramite a las sugerencias, quejas y reclamos) pertinentes	No de quejas, reclamos y sugerencias tramitadas /No de quejas, reclamos, sugerencias recepcionadas.	19/19*100=100%	100*100%=100% Nivel alcanzado /meta propuesta. 100/80*100= 125%	Formato de Recepción de Quejas Oficios Remisorios y de respuestas a quejas. SIAU Respuesta de Queja al usuario quejoso.	Dos queja fue resuelta fuera del periodo estipulado. (15 días). Sugerencia mejorar la capacidad de respuesta al usuario.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Reunión Alianza de usuarios	Mensualmente Enero 29, febrero 26, marzo 26, abril 30, mayo 28, junio 25, julio 30, agosto 27, septiembre 24, Octubre 29, noviembre 26 Octubre 29, noviembre 26.	Realizar las reuniones y capacitaciones programadas en un 90%	No de reuniones realizadas/No de reuniones programadas.	$12/12*100=100\%$	100% Nivel alcanzado /meta propuesta. $100/90*100= 111\%$	<ul style="list-style-type: none"> • Actas • Planilla de Registros de Asistencia de reuniones mensuales. 	Las Capacitaciones de la Alianza de usuarios se realizan de acuerdo a las necesidades de Sensibilización y los cambios en el S.G.S.S
Realizar jornadas de Sensibilización y capacitaciones de humanización.	Permanente	Cumplir en un 90% las jornadas programadas	No de jornadas realizadas/No de jornadas programadas	$3/3*100=100\%$	100% Nivel alcanzado /meta propuesta. $100/90*100= 111\%$	Planillas de Registros fotos	El 13 de Marzo y 30 de Julio de 2015 se realizó la primera y segunda jornada de Donación voluntaria de sangre en la ESE. El 10 de julio 2015 se llevó acabo la segunda jornada de donación de ropa en la ESE.
Presentación de	Trimestralme	Evaluación sobre	No de informes	$3/3*100\% =$	100%	Consolidados	El 19 de Octubre

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

informes a Entes Territoriales	nte Enero 15, abril 15, julio 15 Julio 15, octubre 15, Enero 15	el proceso del SIAU.	presentados/ No de informes solicitados	100%	Nivel alcanzado /meta propuesta. $3/3 \cdot 100 = 100\%$	Oficios Remisorios.	se envió el informe a la Secretaria de Salud Dptal, municipal y Control Interno
Elaboración de informes de encuesta sobre satisfacción al usuario.	Cinco primeros días hábiles de cada mes a la oficina de calidad.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplir con un 75% las encuestas programadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Nº de encuestas realizadas/el número de encuestas programadas. 	$2962/3600 \cdot 100 = 0.82\%$	$0.82 \cdot 100 = 82\%$ Encuestas realizadas. Nivel alcanzado /meta propuesta. $82/75 \cdot 100 = 109\%$	<ul style="list-style-type: none"> Informes de Encuestas mensuales. 	He tenido dificultad al realizar las encuestas, porque se ajustó el formato de encuesta y no llegaron a tiempo para pódelas aplicar y me encuentro sola en la oficina sin practicantes.
Monitorear la Satisfacción del usuario a través de las encuestas de Satisfacción.	Mensual	Lograr la satisfacción del usuario en un 90%	Nº de Usuarios Satisfechos/ número de usuarios encuestados.	$2561/2962 \cdot 100 = 0.86$	$0.86 \cdot 100 = 86\%$ Nivel alcanzado /meta propuesta. $86/90 \cdot 100 = 95.5\%$	<ul style="list-style-type: none"> Informes de Encuestas mensuales y trimestrales. 	
Asistir a las capacitaciones de calidad	Conocer todos los avances, proyectos, programas y plataforma de la ESE	Cumplir con el 90% de las capacitaciones programadas en la hora de la calidad.	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	$26/31 \cdot 100 = 0.90\%$	$0.90 \cdot 100 = 0.83\%$ Nivel alcanzado /meta propuesta. $0.83/90 \cdot 100 = 92\%$		PLANILLA DE ASISTENCIA

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Ejecutar estándares priorizados en la gerencia de la información	Permanente	Aumentar la calificación del estándar a 1.2	Calificación de la vigencia actual / calificación de la vigencia anterior	2.44/2.11 = 1.15	1.15/1.2=0.95 95%		
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Según planes de mejoramiento	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas		N.A		.
Elaboración de Promesa de Servicios de cirugía, Consulta Externa y Hospitalización	Anual	Mejorar la información y oportunidad en la prestación de los servicios	Socialización realizadas/socializaciones programadas.		INFROMCION 50%		Se recopiló información de las necesidades y expectativas de los pacientes sobre los diferentes servicios.

SISTEMAS

Nivel de cumplimiento 99.5

ACTIVIDADES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Actualizar política de seguridad informática	PERMANENTE	Mantener actualizado en un 90% la política	A NECESIDAD	1/1	1 * 100% = 100 100/100* 100 = 100	politica de seguridad informatica
Organización (Diseño,	A NECESIDAD DEL	Mantener en un 100% la información	No de actualizaciones	47/47	1 * 100% = 100	pantallazo de las

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Actualización, etc.) de la Página WEB del Hospital.	ADMINISTRADOR	de la página web actualizada.	realizadas/No de actualizaciones solicitadas		100/100* 100 = 100%	publicaciones e impresos
Apoyo en la implementación de las actualizaciones que se realizan al Software (Salud System).	PERMANENTE	Lograr que el software (Salud System) cumpla con las necesidades de las áreas. (90%) Cumplimiento y (10%) con el margen de error	No de módulos contratados y actualizados. / No de módulos contratados	15/17 = 0.88	0.88*100 = 88 88/90 = 0.98 0.98 * 100% = 98%	contratación infotec vs ese 2 módulos de primer nivel
Rendir informes mensuales a la Gerencia de la ESE y cumplimiento de los informes de ley.	MENSUAL	Informar de las actividades realizadas de acuerdo al cumplimiento de Ley	No de informes rendidos / total de informes solicitados	12/12	1 * 100% = 100	informe de actividades registro de evoluciones
Levantamiento de los inventarios de los sistemas y equipos CUMPS. + IMPRESORAS	TRIMESTRAL	Inventario de equipos de sistemas actualizado y verificado (100%)	Nº actualizaciones realizadas en el inventario / Nº equipos adquiridos en el periodo	156/156=1	1 * 100% = 100 100/100* 100 = 100%	hojas de vidas actualizadas de pc (108) y/e impresoras (48)
Capacitación en sistema de información, informática y actualización de Archivo. CAPACITACIÓN	A NECESIDAD DE LOS USUARIOS	Capacitación personalidad a la necesidad	No de capacitaciones realizadas/No de capacitaciones programadas a necesidad	13/13= 1	1*100%=100 100/100*100=100%	registro de usuarios creados y capacitación sop. software
Realizar las labores de Mantenimiento preventivo IMPRESORA	CADA 6 MESE Cronograma	Cumplimiento al cronograma de prevención 100%	No de mantenimientos realizados de forma	28/28=1	1*100%=100 100/100*100= 100%	libro de anotacion de actividades

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

			preventivos / total de mantenimientos programados			
Realizar las labores de Mantenimiento preventivo COMPUTADORES	CADA 6 MESE Cronograma	Cumplimiento al de cronograma de prevención 100%	No de mantenimientos realizados de forma preventivos /total de mantenimiento de equipos preventivos programados	62/62=1	1*100%=100 100/100*100= 100%	libro de actividades
Realizar las labores de Mantenimiento Correctivos COMPUTADORES	A NECESIDAD	Cumplimiento a la corrección. 100%	No de mantenimientos realizados de forma Correctivos / N° de Equipos solicitadas.	1/1=1	1*100%=100 100/100*100 =100	libro de actividades
Realizar las labores de Mantenimiento preventivo a tóneres y Cartuchos. TONERS	A NECESIDAD	Cumplimiento a la necesidad para la prevención 100%	No de mantenimientos realizados de forma preventivos / N° de tóner requeridas.	269/269= 1	1*100%=100 100/100*100 =100	libro de actividades
Realizar las labores de Mantenimiento Correctivos a tóneres y Cartuchos. TONERS	A NECESIDAD	Cumplimiento a la corrección. 100%	No de mantenimientos realizados de forma Correctivos / N° de tóner requeridas.	60/60=1	1*100%=100 100/100*100 =100	libro de actividades
Realizar las labores de Mantenimiento Correctivos IMPRESORAS	A NECESIDAD	Cumplimiento a la corrección. 100%	No de mantenimientos realizados de forma	7/7=1	1*100%=100 100/100*100 =100	impresora en garantía factura (hyb)

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

			Correctivos / N° de Impresoras requeridas.			a necesidad
Ejecutar los estándares priorizados en la gestión tecnológica	Permanente	Aumentar la calificación del estándar para el 2015	No de estándares cumplidos/No de estándares priorizados	3/3=1	$1*100\%=100$ $100/100*100 =100$	grupos de acreditacion
Implementación del módulo de historias clínicas en urgencias, hospitalización y cirugía	Permanente	Implementación en 100% Con un 10% de error	Historia clínica sistematizada funcionando	90/100=0.9	$0.9*100\%=90$ $90/100*100=90$	rondas en piso
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Cumplir con actividades programadas en planes de mejoramiento según lo previsto y lo programado	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas	ANECESIDAD	No aplica	No aplica
Asistir a las capacitaciones de calidad	Conocer todos los avances, proyectos, programas y plataforma de la ESE	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	2/=31= 0.06	$0.06*100\%=6$ $6/100*100 = 6\%$	soporte en la hc sistematizada

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

				<p>hace mantenimiento a puertas de doble giro en cirugía ,en urgencias Cambio de bisagras de piso y 10 puerta de doble giro Se hace los mantenimientos de las tomas de oxígeno Se hace reparaciones de las salidas de los tanques auxiliares de la ESE del suministro de agua.</p> <p>Se inicia remodelación en maternidad y urgencias.</p> <p>Se hace reparaciones de techo en urgencias, medicina interna y contabilidad.</p>	
Mantenimiento de las luminarias a las distintas áreas	Mantener en buen estado e iluminado toda la ESE	Mantener redes eléctricas y luminarias en buen estado	Diario	Se instalan 26 bombillos ahorradores de 42w, 18 de 20w en las distintas áreas, se cambia 2 tomas levinton, se hace reparaciones de circuito eléctricos, cambia tubos de 2x48 y balastas de 2x48	100%
Diagnóstico del estado y vida útil de los equipos biomédicos	Realizar diagnóstico del estado y vida útil de los equipos biomédicos	60% de diagnósticos realizados, en la institución existe 130 equipos	Cada d-2 meses y algunos cada 3 meses	Se revisa los equipos médicos en los diferentes servicios de la ESE , su diagnóstico se encuentra en las hojas de vida correspondiente al plan de mantenimiento	100%
Diseñar, implementar un proceso que permita garantizar la seguridad del uso de la tecnología	Realizar proceso con el revisar el estado y mantenimiento de equipos para controlar el uso de los mismos y evitar riesgos.	Realizar 2 charlas del proceso	Anual	Proceso diseñando y socializado Las charlas son frecuentes para esclarecer dudas en el funcionamiento de algunos equipos	100%
Determinar necesidades de renovación de Tecnología y adquisición de nueva tecnología	Ejecutar política con el fin de identificar los beneficios de adquisición de nuevas	Diseñar la política	Semestral	Se hace verificación del funcionamiento de la nueva dotación de equipos médicos de la ESE	100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

teniendo en cuenta el costo de reparación o mantenimiento.	tecnologías o realizar mantenimiento de las mismas teniendo en cuenta el costo beneficio				
Calibración y ajuste de equipos	Realizar una calibración y ajustes a los equipos biomédicos	Realizar anualmente una calibración y ajustes a los equipos biomédicos considerando el factor de costo beneficio	Anual	Falta meses para realizarla.	100%

CARTERA

Nivel de cumplimiento 76.6%

ACTIVIDAD	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADOR	RESPONSABLE
Hacer requerimiento de pago a las distintas EPSs.	Persuadir a las EPSs que tienen deuda con la IPS a que cancelen en el tiempo que reza en la ley.	Que las EPSs deudoras le cancelen a la IPS el 80% del valor radicado que se les factura a sus distintos usuarios, como lo dice la ley y si no hay glosas cancelar el	Mensual	Recaudo acumulado mensual que se le hace a las mismas/Facturas acomuladas radicadas mensualmente a las distintas EPSs 16.838.737.834/20.092.269.253 =0.83 83/80=103%	Cartera

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800904153-7 Lorica - Córdoba Cra 56 N° 17-184 Tel: 7725686 - 7256481 Barrio San Pedro</p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

		resto.			
Conciliación de cartera con las distintas EPSs.	Cruzar los valores pretendidos por el departamento de cartera que se le cancelen a la IPS versus los valores que pretenden las distintas EPSs cancelar.	hacer conciliaciones trimestralmente con los pagadores que sumado supere el 80% de la cartera	Trimestral	No de conciliaciones realizadas/No de conciliaciones programadas 17/20 =0.85 85/80=106%	Cartera
Seguimiento al plan de saneamiento fiscal.	Acompañar las decisiones administrativas que sean tomadas para restaurar la solidez económica de la ESE con el fin de fortalecer el músculo económico y asegure la financiación de la prestación de los servicios.	Medir el impacto que causa las decisiones administrativas y financieras más específicamente en lo concerniente a: racionalización del gasto, saneamiento de pasivos, solidificación de los ingresos, y eficiencia del recaudo.	Trimestral	Este indicador será el valor recaudado /valor comprometido 16.838.737.834/362.400.130 =46.6	Cartera
Realizar cobro prejuridico y/o jurídico y a las acreencias mayores a 360 días		Realizar cobro prejuridico y/o jurídico con los pagadores que tengan más de 360 días en un 100%	Semestral	Numero de cobros prejuridico y/o jurídico realizados /total de pagadores que tengan más de 360 días 100/100=100%	Cartera
Supervisar que la facturación se radique oportunamente	Supervisar que se radico el 100% de la facturación realizada.	Realizar mensualmente informe de la de la facturación realizada/la facturación radicada	Mensual	Verificación de facturación radica / facturación revisada 20.056.269.253/ 20.056.269.253=100%	Cartera
Ejecutar actividades	Cumplir con	Cumplir con 90% de	Según planes de	Acciones realizadas/acciones	Cartera

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	actividades programadas en planes de mejoramiento según lo previsto y lo programado	las actividades prevista en el plan de mejoramiento	mejoramiento	programadas 0 N.A	
Asistir a las capacitaciones de calidad	Conocer todos los avances, proyectos, programas y plataforma de la ESE	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Programación entregada mediante circular 001	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas $5/31=0.16*100=16\%$ $16/80=20\%$	Cartera

CONTABILIDAD

Nivel de cumplimiento 90.8%

ACTIVIDADES	INDICADORES	CUMPLIMIENTO	%cumplimiento	Evidencia
Realizar Conciliaciones	No de conciliaciones bancarias realizadas/ No de conciliaciones programadas.	12/12	100%	Conciliaciones bancarias ene a dic 2015.
Declaraciones tributarias e Información Exógena	No de informes Presentados de Declaraciones tributarias e Información Exógeno oportuna/informes solicitados	12/12	100%	Declaraciones retención en la fuente ene a nov (soportes pagaduría)soportes de envio de exógena 2014 pag de la dian
Rendir Informes a los distintos entes de	No de informes presentado oportunamente/No de	24/26	0.92%	Trimestral

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

control.	informes solicitados			2193 , cgr e informe contable , sismed,circular 030,facturacion radicada, Esfa
Suministrar Estados Financieros	No Información financieros presentados oportuna y verazmente/ No de informes requeridos	6/6	100%	Balance general y estado situación financiera ene a sept de 2015.
Seguimiento al equilibrio operacional de acuerdo al presupuesto aprobado por el CONFIS para la vigencia 2014	Valor superávit presupuestal de la vigencia actual/valor superávit de la vigencia anterior	889.440.000/142.058.000	6.26	Ejecuciones presupuestales vigencia anterior y actual-soportes presupuesto

FACTURACION

Nivel de cumplimiento 100%

ACTIVIDAD	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMINETO	EVIDENCIA
Facturar todos los servicios prestados a cada uno de los usuarios.	Facturar cada atención prestada por la E.S.E.	Comparación con los Rips manual y de sistema.	$66451/66451 = 1$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	Planilla de rips manual de estadística, planilla de ingreso de vigilantes y consulta externa.
Radicar las facturas a cada una de las EPS antes del 16 de cada mes.	99% de la facturación radicada oportunamente.	Valor de la facturación mensual radicada oportunamente/valor de facturación entregada mensual.	$20137324089/20092324089=0.99\%$ se multiplica por el 100%	$0.99*100=99\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $99/99*100=100\%$	Facturas con sello de radicación de las diferentes EPS.
Facturar las tarifas	Mantener actualización	No de empresas con	$66/66=1$ se multiplica por el	$1*100=100\%$	Revisar el software donde se

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	CONTROL INTERNO		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

teniendo en cuenta los contratos que por venta de servicios suscriba el Hospital, adaptando a ellos el proceso de facturación.	de un 100% de las tarifas	tarifa actualizada oportunamente/No de empresas a con las que se presta el servicio	100%	Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	demuestra la actualización de tarifas.
Enviar informe a gerencia de cada una de las anomalías detectadas en el proceso de facturación.	No tener anomalías en el proceso.	No Anomalías reportadas al gerente / No de anomalías presentadas	$11/11=1$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	Copia de los oficios recibidos por parte de la secretaria de gerencia de las anomalías.
Tramitar oportunamente las autorizaciones para los servicios	0% de glosas definitivas por falta de autorización	Valor de glosa definitiva por falta de autorización para el año vigente.	$0%=1$ En este período no se generó glosa por este motivo.	$1*100=100\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	Informe de auditoría donde estipulan los motivos de glosa.
Asistir a las capacitaciones de calidad	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	$16/19=0.84$ El resultado se multiplica por el 100% para saber el nivel alcanzado	$0.83*100=84\%$ Nivel alcanzado /Meta propuesta $100/100*100=100\%$	Copia de las actas de asistencia de las diferentes capacitaciones.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

ALMACEN

Nivel de cumplimiento 98%

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
realizar seguimiento al plan de compras	30/11/2015	cumplir en un 70% con la ejecución del plan	86	100/110	90%	plan de compra ejecutado y compras por caja menor de algunos elementos que se encuentran incluidos en el plan de compra
realizar procesos de baja los inmuebles que ya no son útiles ni susceptibles a reparación	30/11/2015	realizar proceso de baja al 80% de los bienes inservibles y obsoletos	1	1/1	100%	-resolución debajo n°0164 de 2013 -proceso de venta de chatarra a través del martillo (banco popular)
control de inventario	30/11/2013	controlar el inventario en un 100%		No de operaciones registradas /No operaciones realizadas.	100%	Este se hace diario a través de las salidas de almacén se relaciona en los tarde correspondiente de cada inventario.
aplicación del software salud system (módulo de almacén)	30/11/2013	aplicar en un 100% el uso de las tecnologías		Implementar el módulo de almacén e inventario.	100%	-los inventarios manejados en almacén fueron incluidos a corte de 31 de julio en el software para darle inicio al manejo del mismo - se ingresaron todas las entradas y salida en el software salud system,
hacer conciliación periódica con el área contable de los activos fijo y el inventario de almacén	30/11/2015	conciliar trimestralmente la información de almacén activos fijos con contabilidad	4	4/4	100%	se realizaron conciliaciones de cuatro trimestres durante el año 2015 , al area de contabilidad.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nivel de cumplimiento 109%

ACTIVIDADES	TIEMPO DE EJECUCION	META	INDICADORES	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
Recepcionar los eventos reportados en el aplicativo	Diario	Clasificar el 100% de los eventos reportados.	Nº de eventos adversos clasificados /total de eventos presentados.	153/153=1	1*100%=100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100/100*100=100	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de seguimiento de eventos adversos 	Se registran todos los eventos presentados y se realiza teniendo en cuenta el tipo de suceso: evento adverso, incidente, indicio de atención insegura, complicación, violación en la seguridad de la atención
Análisis de eventos adversos.	Diario	Gestionar el 80% de los eventos adversos presentados.	Nº de eventos adversos gestionados/ total de eventos adversos presentados	153/153 =1	1*100%=100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100/80*100 = 125%	<ul style="list-style-type: none"> • Carpeta de Registro de eventos adversos • Análisis de eventos adversos. • Formato de registro 	El análisis se realiza de dos formas. Si es un evento adverso mayor por Protocolo de Londres y si es menor por diagrama causa efecto o espina de pescado.
Convocar al Comité de Seguridad del paciente.	Mensual de acuerdo al cronograma	Analizar el 80% de los eventos adversos presentados en Comité.	Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones programadas.	12/12= 1	1*100%=100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100/80*100 = 125%	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de reunión del Comité de seguridad del paciente. 	Se realizan presentaciones y análisis de los eventos adversos presentados y detectados

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Seguimiento a planes de mejoramiento	De acuerdo a las fechas estipuladas en los planes de mejoramiento	Cumplimiento del 80% de los planes de mejoramiento realizados	Nº de planes de mejoramiento cumplido en la fecha estipulada/ el total de los planes de mejoramientos realizados.	18/23= 0.78	0.78*100%=78. % Nivel alcanzado/meta propuesta 78/80*100= 97.5%	<ul style="list-style-type: none"> • Planes de mejoramiento • Oficinas • Capacitaciones 	<p>de</p> <p>Hay cinco planes de mejoramiento que no se cumplieron en la fecha estipulada y están relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación relacionada sobre el consentimiento informado a los médicos y especialistas. • Resocialización sobre el protocolo de transfusión sanguínea médicos generales y especialistas • Socializar e Implementar el protocolo de fuga de pacientes
Capacitaciones al Cliente interno	Mensual	Cumplir con el 80% de las capacitaciones programadas	No de capacitaciones realizadas/No de Capacitaciones programadas	14/14= 1	1*100%= 100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100/80*100 = 125%	<ul style="list-style-type: none"> Acta Nº 001 Capacitación toma de muestras Actas Nº 002 Protocolo de identificación de pacientes. Acta Nº 003 Resocialización de cateterismo vesical. Acta Nº 004 Aplicación de la Claritromicina. Acta Nº 005 Hematomas heridas quirúrgicas y abdominal Acta Nº 006 Capacitación Seguridad del paciente Acta Nº 007 Socialización del protocolo prevención de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> Acta Nº 001, Hora de la Calidad Responsable servicio laboratorio Acta Nº 002, Hora de la Calidad 23 de abril. Referente de seguridad del Paciente Acta Nº 003. Servicio de cirugía, 13 de mayo. Jefe del Servicio, Referente Seguridad del Paciente. Acta Nº 004. Servicio de urgencias. 07 de mayo. Pediatra, Químico, Referente Seguridad del Paciente. Acta Nº 005 Servicio de Cirugía. Auditor médico, Luz Cari García. 29 de abril hasta el 5 de mayo de 2015. Acta Nº 006. Hora de la Calidad. 25 de junio de 2015. Referente Seguridad del paciente Acta Nº 007. Hora de la Calidad. 13 de agosto de 2015. Referente de

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	

						Acta N° 008 Medicamentos Lasa Administración de medicamentos Acta N° 009 Administración de Medicamentos adrenalina. Acta N° 010 Administración de medicamentos dipirona Acta N° 011 Técnica de venopuncion Acta N° 012 Capacitación teórico práctica técnica de venopunción. Acta N° 013 Capacitación generalidades de Seguridad del paciente, encuesta clima de seguridad del paciente. Acta N° 014 Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente. Acta N° 008. Hora de la Calidad. 27 de agosto de 2015. William Padilla Rada Químico Farmaceuta, Rocío Calao Román jefe de Area Asistencial. Acta N° 009. Servicio de Urgencias. 31 de agosto de 2015. Nadis Ballesteros. Auxilair de Enfermería. Acta N° 010. 31 de agosto de 2015. Servicio de Urgencias. Yolima Rehenals, Auxiliar de Enfermería. Acta N° 011. 03 de septiembre de 2015. Hora de la Calidad. Laboratorios B. Braun, Referente Seguridad del Paciente. Acta N° 012. 09 y 17 de septiembre de 2015. Diferentes Servicios. Laboratorios B. Braun, Referente Seguridad del paciente. Acta N° 013. 15 de octubre, Hora de la Calidad. Referente Seguridad del Paciente. Acta N° 014. 25 de Noviembre. Primera Feria de la Calidad. Referente Seguridad del Paciente.
Asistir a las capacitacio	Cronogram	Cumplir con el 90% de las	Numero de capacitaciones	30/31= 0.96	0.96*100%= 96%	Registro de asistencia hora de la calidad.	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

nes de la hora de la calidad	a de capacitación	capacitaciones programadas en la hora de la calidad.	asistidas/total de capacitaciones programas		Nivel alcanzado/meta propuesta $96/90 \cdot 100 = 106\%$		
Documentación de guías y protocolos sobre el programa de Seguridad del paciente.	Permanente	Cumplir en el 70% de las guías y/o protocolos documentados.	No de protocolos implementados y socializados/ No de protocolos documentados.	2/2=1	1*100% = 100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100%	<ul style="list-style-type: none"> • Acta. • Resoluciones • Documentos • Manillas de identificación • Stiker de • Escalas de identificación de riesgo de caídas. • Escalas para identificar el riesgo de úlceras por presión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de identificación de pacientes y seguimiento a Riesgos. Documentado, socializado, implementado y se le hace seguimiento. • Protocolo de Prevención de Caídas • Protocolo de visita y fuga de pacientes. Se encuentra documentado.
Presentación de informes Semestrales	Semestralmente	Evaluación de seguridad del paciente	No de informes presentados/ No de informes solicitados	1/1	1*100% = 100% Nivel alcanzado/meta propuesta 100%	Informe relacionado con el primer Semestre del año 2015	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

CONTROL INTERNO

Nivel de cumplimiento 105%

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Meta	Indicador	Resultado	Cumplimiento	Evidencia
Reunir el comité Coordinador de CI	Trimestral	Realizar una reunión por trimestre	Número de actas realizadas / número de reuniones programas	4/4= 1*100%	100%	Acta de comité
Capacitación sobre el tema de control interno y la cultura de auto control	Trimestral	90% de las capacitaciones programadas.	No de capacitaciones cumplidas/No de capacitaciones programadas	3/3=1% 100/90=111%	111%	Planillas de asistencias hora calidad
seguimiento a los mapas de riesgos	Trimestral	80% en la evaluación de los mapas de riesgo	Mapas de riesgos construidos / mapas de riesgos evaluados No aplica por la fecha de programación	22/25=0.88X 100=88% 88/80 *100 =110	110%	Maoa de riesgo
Realizar y ejecutar Plan de auditorías internas teniendo en cuenta la nueva guía	Según plan de auditorias	85% de cumplimiento del plan de auditorias	No de auditorías programadas realizadas/No realizadas	12/12=1 100/85==117	117%	Plan de auditorias
Evaluación de los POAs de las distintas áreas	Trimestral	Seguimiento trimestral de un 90% de los POAS	No de evaluaciones realizadas / No de evaluaciones programadas	4/4=1*100%=100 100/90=1.11*100%=111%	111%	Informe de evaluación de poas
Seguimiento al plan de anticorrupción	Trimestral	Realizar informes y presentarlos en la	Numero de informes de seguimiento al plan /No	100%	100%	Informe de evaluación al

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

		página web oportunamente	de informes programados.			plan de anticorrupción
Seguimiento a los informes y entrega oportuna o los diferentes entes de control	Bimensual Trimestral Semestral Anual	Entrega de los informes en un 100% y oportunamente.	informes reportados oportunamente /numero de informes solicitados	100%	100%	Certificación y oficios de entrega de los informes
Implementación de planes de mejoramientos	Teniendo en cuenta el plan de auditorias	Implementaren un 80% de los planes de mejoramientos por las auditorías realizadas	No de planes de mejoramientos elaborados /numero de auditorías realizadas	$5/5=1*100%= 100\%$	100%	Planes de mejoramientos
Reporte del informe cuatrimestral	cuatrimestral	Realizar 3 informes y presentarlos en la página web oportunamente	Informes realizados y publicados en pagina web	3/3	100%	Informes cuatrimestral
Informe de control interno ejecutivo anual y de control interno contable	Anual	Entrega oportuna de los informes en un 100%	informes reportados oportunamente /numero de informes solicitados	$1/1=1*100%=100\%$	100%	Copias y certificación de entrega de informes
Informe de derechos de autor	Anual	Realizar el informe y presentarlos en la página web oportunamente	informes reportados oportunamente /numero de informes solicitados	$1/1=1*100%=100\%$	100%	Copias y certificación de entrega de informes
Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Según planes de mejoramiento	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas	$1/1=1*100=100\%$ $100/90=1.11*100\% =111\%$	111%	Plan de mejoramiento prevista por la contraloría

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

Asistir a las capacitaciones de calidad	Programación entregada mediante circular 001	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programas	27/31=87*100%=87% 87/80=108%	108%	Planillas de asistencia a la capacitaciones
---	--	---	--	---------------------------------	------	---

APOYO A PLANEACION

Nivel de cumplimiento 100%

ACTIVIDAD	META	TIEMPO DE EJECUCIÓN	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO
Realizar seguimiento al plan de comunicaciones y matriz de responsabilidad	Realizar 4 seguimientos al año	Trimestral	Numero de actualizaciones realizadas/total de actualizaciones por realizar	SE REALIZO UNA ACTUALIZACION	1/1=1*100=100%
Apoyar la elaboración de plan de capacitaciones, plan de bienestar	Implementación en un 50% del Plan de capacitación y plan de comunicación	Anual	No de manuales y protocolos desarrollados e implementados / No total de procesos y procedimientos a implementar	1/1=1	100%
Capacitación de metodología de	Realizar 1 capacitación a todo	Anual	Capacitaciones	1/1	100%

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800904153-7 Lorica - Córdoba Cra 56 N° 17-184 Tel: 7735686 - 7258481 Barrio San Pedro</p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

levantamiento de riesgos	el personal				
Actualizar riesgos de procesos priorizados	Realizar el 90% de los riesgos del los procesos priorizados	Anual	Numero de riesgos levantados/numero de procesos priorizados	16/16	100%
Apoyo en la elaboración y seguimiento del plan de desarrollo y los planes operativos por áreas	Brindar asesoría en el levantamiento de planes en un 90%	Anual	No de planes operativos desarrollados con asesoría/total de planes operativos	Revisión de todos	100% 100/90= 111%
Apoyo en el desarrollo de los estándares priorizados del proceso de acreditación	Aumentar la calificación de la autoevaluación en un 20%	Permanente	Calificación de la autoevaluación de la vigencia actual/calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	Apoyo realizado en cada reunión	100%
Apoyo en la construcción de procesos y procedimientos asistenciales priorizados	Construir procesos y procedimientos prioritarios en un 50%	Permanente	No de procesos y procedimientos prioritarios construidos/ No de procesos y procedimientos programados	Se realizaron 9	9/10=90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Revisar informes del avance de los planes operativos de las distintas áreas.	Revisar los informes de la vigencia	Trimestral	No de informes revisados y enviados /No de informes enviados al correo	19/19=1	1*100=100%
Apoyo en la elaboración de proyectos de inversión	Presentar el 100% de los proyectos solicitados		Número de proyectos presentados /número de proyectos solicitados	2/2=100	100%
Realizar informes de uvr	Realizar un informe semestral	Semestral	Numero de informes enrejados/número de informes solicitados	1/1 de vigencias 2013, 2014 y 2015	100%

ARCHIVO

Nivel de Cumplimiento 109%

ACTIVIDAD	FECHA DE CUMPLIMIENTON	META	INDICADORES	RESULTADOS	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIAS
Transferencias, clasificación, valoración documental y organización.	10 MESES Febrero a Noviembre	Tratar de que todas la ares cumplan y envíen todos los documentos para archivar en un 90%	No de transferencias, clasificación de la información realizada/ No de transferencias, clasificación de la información programadas.	10/10=100%	100*100=100% 100/90*100 = 111%	Base de dato Existen algunas transferencias pendientes
Capacitación para la aplicación de TRD Acuerdo 4 de 2013	Octubre	Realizar capacitaciones al año de la TVD, TRD para clasificación de documento	No de capacitaciones realizadas/No de capacitaciones programadas.	1/1	100%	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Archivo general de la nación		para archivar				
Actualización base de datos e inventario de los archivos	Permanente	Registrar en un 90% las transferencias de documentos en la base de datos.	No de documentos de las transferencias registradas en la base de datos. /No de documentos de las transferencias recibidas y clasificadas de las dependencias	10/10=100%	100*100=100% 100/90*100 = 111%	Base de datos
Reunir comité de archivo para tomas de decisiones y eliminación de archivo	Septiembre y Noviembre	Realizar al menos 2 reuniones al año del comité para la toma de decisiones y la disposición final de los documentos.	No de reuniones realizadas para la toma de decisiones de la disposición final de los documentos /No. De reuniones programadas.	2/2=100%	100*100= 100%	Actas de reuniones del comité
Eliminación y disposición final	Diciembre	Realizar eliminaciones para la conservación y disposición final de archivos en un 90%	No. de eliminaciones realizadas/ No. de eliminaciones programadas	No Realizada por cumplir con la TVD	No era necesario y pertinente	
Oportunidad en el préstamo o consulta de los archivos o documentos	Permanente	Ser oportuno y eficiente en el préstamo y consulta de los documentos	No préstamos solicitados/No de préstamos entregados oportunamente.	392/392=100%	100*100= 100%	Libró de prestamos
Participación en las actividades del estándar de gerencia de la información.	Permanente	Participar en un 80% de las actividades del estándar de gerencia de la información	No de reuniones en las que asistió / No de reuniones en las que se invitó.	2/2=100	100*100=100% 100/80*100= 125%	Actas de reuniones del comité

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

Ejecutar actividades previstas o que se prevean de auditorías internas o de entes externos en planes de mejoramiento	Según planes de mejoramiento	Cumplir con 90% de las actividades prevista en el plan de mejoramiento	Acciones realizadas/acciones programadas	N.A	N.A	
Asistir a las capacitaciones de calidad	Programación entregada mediante circular 001	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Numero de capacitaciones a las que asistieron /total de capacitaciones programadas	30/31=96	96*100=96% 96/80=120%	Planilla de asistencia

II ASISTENCIALES

GENERAL ASISTENCIAL

Nivel de Cumplimiento 99.7%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

ACTIVIDADES	FECHA DE CUMPLIMIENTO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	EVIDENCIA
Resocialización e implementación del Plan de Gestión 2012 - 2016	Una cada trimestre	Todos los funcionarios de las diferentes Áreas de la Empresa conozcan y participen en la ejecución y evaluación del Plan de Gestión 2012 -2013	Nº de Resocializaciones Programadas/ Nº de Resocializaciones Realizadas	4/5X 100	125%	Acta de Reuniones 2015
Evaluación de aplicación de guía de manejo: Hemorragia del tercer trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación	Cada vez que se presente la patología	Todos los Ginecólogos y médicos generales apliquen la guía para hemorragia del tercer trimestre y trastornos hipertensivos	N0 de casos en los que se aplica la Guía/ Nº de Casos presentados de Hemorragias y trastornos Hipertensivos	54/55 x 100	98.1 Meta 98.1	Informe de la Evaluación de las Historias clínicas, donde se analizo la puesta en practica de la guía para los trastornos Hipertensivos del Embarazo. El estándar propuesto para el 2015 es de 80%
Evaluación de la aplicación de guía de manejo en la atención de parto, como primera causa de egreso hospitalario	En cada parto atendido	Todos los ginecólogos y médicos generales conozcan y apliquen la guía	Nº de Partos en los que se aplica la Guía Nº de HC escogidas al azar	329/358 X 100	92.55%	Análisis de Historias clínicas, cogidas al azar, 10 por mes, donde se evidencio la aplicación del protocolo
Evaluación de la oportunidad en la realización de la	En cada paciente que se le confirme el diagnóstico de	Todos los pacientes diagnosticados con apendicitis , confirmado su	Nº de pacientes en la que la oportunidad es buena	158/162 x 100	97.5%	Verificación en las 33 casos presentados durante

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

apendicetomía	apendicitis.	DX, se les inicie apendicetomía en un tiempo igual o menor de 6 horas	$\frac{\text{Nº de Pacientes con apendicetomía}}{\text{Total de Pacientes con IAM}}$			el trimestre. El estándar propuesto para el 2014 es de 95%
Evaluación en la oportunidad de atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio.	En cada paciente diagnosticado con IAM	Aplicación de terapia específica a todos los pacientes con IAM, dentro de la primera hora posterior al diagnóstico	$\frac{\text{Nº de Pacientes con IAM, que se les aplico la guía en la primera Hora}}{\text{Total de Pacientes con IAM}}$	13/13 x 100	100%	Análisis de casos en comité de Técnico Científico. Durante el periodo se presentaron 13 casos y e en todos se aplicó la guía en la primera hora de atención. El estándar propuesto para 2015 es 95%.
Verificar el Nº de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de Origen intrahospitalaria y variación interanual	permanente	Brindar una atención a los pacientes pediátricos con eficiencia y calidad	$\frac{\text{Nº de pacientes con Bronconeumonía origen intrahospitalaria}}{\text{Total de Pacientes con Bronconeumonía.}}$	=0 0/0 El resultado de 0 equivale a 100%	100%	Durante el periodo no se presentaron neumonías broncoaspirativas, de origen intrahospitalario, en pacientes pediátricos El estándar propuesto
Analizar la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas	Durante la vigencia mensualmente	Analizar sus causas y patologías de mortalidad y tomar medidas si es necesario	$\frac{\text{Nº de análisis realizados de mortalidad > 48 horas}}{\text{Nº de mortalidad > 48 horas}}$	68/74 x 100	91.8%	Se presentaron 11 muertes intrahospitalarias mayor de 48 horas, analizadas en comité de historias clínicas

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL <small>NIJ. 800904153-7 Leticia - Ciríofila Cta 86 N°. 17-184 Tel: 7725686 - 7259421 Barrio San Pedro</small></p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

						la mayor patología es neumonía y cáncer.
--	--	--	--	--	--	--

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Análisis de los RIPS institucionales	Durante la vigencia Trimestralmente	Brindar una atención con eficiencia y calidad	Nº de informes Presentados a Junta Directiva Nº de Informes total a presentar a junta	4/1 x 100	100%	Análisis de los institucionales de la Urgencia y Consulta externa, conociendo el perfil epidemiológico de nuestra población y la atención prestada.
Conocer, analizar la oportunidad en la atención de consulta de Pediatría, gineco-obstetricia y medicina Interna	Mensualmente	Brindar una atención oportuna y con calidad a los usuarios.	Nº de días de Oportunidad en consulta Pediatría, Ginecoobstrecia y Medicina Interna Nº de días de Estándar de Oportunidad.	Ginecoobstetricia. Medicina Interna Pediatría	5.7 días 7.3 días 5.3 días	Estándar de pediatría 5 días. Estándar de Gineco-Obstetricia 8 días. Estándar de Medicina interna, 15 días Agenda de citas
Actualización de Guías, Manuales de procedimientos en las diferentes unidades funcionales	Seis meses	Todos los funcionarios del Área asistencial conozcan y apliquen los procesos en la prestación de servicios	Nº de Manuales y Guías actualizados Total de Manuales y Guías a actualizar.	N.A	N.A	Manuales en los servicios de Pediatría, Ginecoobstetricia y urgencias
Evaluación del Desempeño, calificación final del periodo	28 de Febrero 2016	Brindar una prestación de servicio con eficiencia y calidad	Nº de Evaluaciones realizadas Total de Evaluaciones a Realizar	N.A	N.A	Realiza da el 28 de Febrero 2016
Concertar compromisos laborales con los funcionarios de	1 al 15 de Marzo 2015	Evaluar en su Desempeño a todos los funcionarios, para su mejoramiento laboral.	Nº de Compromisos concertados Total de Compromisos concertados.	15/15 x 100	100%	Los compromisos concertados fueron los mismos del Plan operativo.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

carrera administrativa del área asistencial						
Participar de conformidad con las normas de carrera administrativa, en las funciones de evaluación del desempeño. Realizando la calificación de mitad de periodo y la final	15 de Marzo a 31 de Agosto 2015	Hacer la Evaluación del desempeño en el periodo establecido.	Nº de Evaluaciones realizadas de mitad del periodo realizadas Total de evaluaciones a realizar en la mitad del periodo.	38/38	100%	No aplica en este periodo La evaluación es para agosto 31 2015.
Realizar informes mensuales del avance del POA	Mensualmente	cumplimiento de los planes operativos	Nº de Informes de avance del POA/Total de informes	4/4	100%	Informes realizados por mes: Enero, a noviembre 2015
Asignación de actividades de enfermería diarias y los fines de semana, de los Enfermeros	Todo el año	Realizar el trabajo en forma organizada, eficiente y con calidad	Nº de asignaciones realizadas Total de Asignaciones Programadas	360/360x 100	100%	Registro diario de asignaciones realizadas
Control del ausentismo laboral del personal de Enfermería.	Durante el año 2014	Disminuir los costos de ausentismo en la Empresa.	Nº de informes mensuales de ausentismos realizados Total de Informes mensuales programados	11/11 x 100	100%	Informes presentados por mes de ausentismo y los registros diarios de estos en todo el periodo de 2015.
Reunión con Enfermeros y	Cada dos meses	Mantener al día sobre las últimos conocimientos	Nº de Reuniones de Enfermeros Realizadas	6/6 x100	100%	Actas de reunión con Enfermeros y

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Auxiliares de Enfermería			Nº de reuniones con Enfermeros Programadas.			auxiliares de Enfermería
Coordinar y asistir a los Comités Asistenciales programados	mensualmente	Trabajo en Equipo para una prestación de servicio con Calidad.,	$\frac{\text{Nº de Reuniones de Comités Realizadas}}{\text{Total de Reuniones Programadas}}$	N.A	N.A	Actas de reuniones de los diferentes comités reunidos
Coordinar con las instituciones docente asistenciales, la práctica Hospitalaria	Cada vez que sea necesario	Realización de una práctica clínica acorde a todas las normas.	$\frac{\text{Nº de de Instituciones docentes con practicas}}{\text{Total de instituciones con prácticas a realizar.}}$	5/5 x 100	100%	Análisis de convenio, listas de rotación reunión con directivos de las fundaciones.
Evaluación del Plan operativo anual	Diciembre	Verificar el logro de las actividades	$\frac{\text{Nº de actividades Realizadas}}{\text{Total de actividades Programadas.}}$			

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	

LABORATORIO CLINICO

Nivel de Cumplimiento 100%

ACTIVIDAD	OBJETIVOS	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO
Aumentar la calidad de la toma de muestra en servicios de consulta externa y hospitalización.	Disminuir la ocurrencia de errores en la toma de muestra.	Errores < 3 %.	Relación del total de muestras obtenidas con respecto al número de errores en toma de muestra.	$120/29190=0.004$	Se cumplió con la meta proyectada Por tanto se logra el indicador en un 100%
Aumentar la producción de exámenes	Prestar un mejor servicio con calidad eficiencia y oportunidad	2% en la producción.	Aumento de la producción de la vigencia actual/ la producción de vigencia anterior.	$70398/68896=1.02$	La meta se cumplió ya que se aumentó un 2% en la producción.
Socialización de manuales y protocolos	Realizar reuniones para socialización de manuales de procesos y procedimientos en el lab clínico	Personal que labora en el lab clínico conozca todos los manuales	N° de manuales y protocolos socializados/ protocolos actualizados	$46/46 \ 1 \times 100\% = 100\%$	Cumplimiento 100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 CONTROL INTERNO		
	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M	

Seguimientos de procesos adversos	Disminuir los eventos que más se presente	Llegar a un 99% que no se presenten estos procesos	N° de procesos adversos gestionados en el comité/ N° procesos adversos reportados.	$\frac{6}{6} = 1 \times 100\% = 100\%$	Cumplimiento 100%
Envío de reportes	Envío oportuno de estos reportes a las diferentes entidades	Obtener el 100% de concordancia en los envíos	N° de informes enviados/ N° informes solicitados	$\frac{132}{132} 1 \times 100\% = 100\%$	Cumplimiento 100%

PEDIATRIA

Nivel de cumplimiento 94%

ACTIVIDADES	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	CUMPLIMIENTO
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en pediatría	2015/2015=100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	CONTROL INTERNO		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

Supervisión de actividades del servicio con el fin de disminuir glosas	Disminuir en un 10% las glosas con respecto a la vigencia anterior	Mensual	porcentaje generado en la vigencia anterior -Porcentaje de glosa generado en la vigencia actual	70% aumento por la solicitud de la prednisolona
Aumento en el porcentaje ocupacional	Aumentar en un 5% el porcentaje ocupacional	Permanente	Porcentaje ocupacional de la vigencia actual -porcentaje ocupacional de la vigencia anterior	70/64=1,09, se logró el aumento 109%
Actualizar e Implementar las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Implementar guías en un 90%.	Anual	No de guías y protocolos socializados / No de guías y protocolos actualizados	95%
Concertar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de pediatría	Evaluar el desempeño de los funcionarios por su mejoramiento laboral.	Del 1 al 15 de febrero. Evaluación en segundo semestre del año	Compromisos concertados Evaluación del desempeño	90%
Verificación de medicamentos del carro de paro.	Medicamento en buen estado con sus actas en reglas, prestación, fecha de vencimiento lote, etc.	Semanal.	Numero de revisiones realizadas/Numero de revisiones programadas	12/12=100%
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del protocolo/ total de evaluaciones	95%
Realizar Plan de charla con el personal del servicio	Realizar charlas bimensual	Bimensual	Numero de charlas realizadas/número de charlas programadas	12/12=100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Reportar diariamente el número de pacientes del servicio	Reportar diariamente	Diario	Numero de reportes entregados /total días mes	334/334=100%
Asistir a las capacitaciones de calidad	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Cronograma	Numero de personal del servicio que asiste a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	21/31=67 67/80=83%
Implementación de la promesa de servicio del área de pediatría	Implementar la promesa de servicio en un 90%	Anual	Promesa de servicio implementada y divulgada	Solo está la información 85%
Entrega oportuna de informes de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	12/12 =100%

QUIRURGICA

Nivel de cumplimiento 87%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	CUMPLIMIENTO
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	sistematizar historias clínicas de todos los pacientes	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en el servicio	100%
Supervisión de actividades de hospitalización con el fin de disminuir glosas	Disminuir glosas en el servicio de hospitalización de quirúrgica y ortopedia	Disminuir en un 10% las glosas con respecto a la vigencia anterior	Mensual	Disminuir la frecuencia de los motivos de glosa /la frecuencia de los motivos de glosas	90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005	
	CONTROL INTERNO	

				socializados por auditoria	
Aumento en el porcentaje ocupacional.	Aumentar porcentaje ocupacional del servicio de quirúrgica y ortopedia	Aumentar en un 5% el porcentaje ocupacional	Permanente	Porcentaje ocupacional de la vigencia actual - porcentaje ocupacional de la vigencia anterior	52/67=0.77% 77%
Actualizar e Implementar las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Verificar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos.	Implementar guías en un 90%.	Anual	No de guías y protocolos socializados / No de guías y protocolos actualizados	4/5=0.8 80%
Concertar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de cirugía	Cumplir los objetivos trazados.	Evaluar el desempeño de los funcionarios por su mejoramiento laboral.	Del 1 al 15 de febrero. Evaluación en segundo semestre del año	Compromisos concertados Evaluación del desempeño	100%
Verificación de medicamentos del carro de paro.	Mantener actualizado el carro de paro para su buen uso.	Medicamento en buen estado con sus actas en reglas, prestación, fecha de vencimiento lote, etc.	Semanal.	Numero de revisiones realizadas/Numero de revisiones programadas	12/12=100%
Entrega oportuna de informes de calidad	Reportar oportunamente los indicadores de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	12/12=100% 100%
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	medir la adherencia del protocolo de lavado de mano	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del protocolo/ total de evaluaciones	5/6=0.83 83%
Realizar Plan de charla con el personal del servicio	Instruir al personal asistencial	Realizar charlas bimensual	Bimensual	Numero de charlas realizadas/número de	8/10=80

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

				charlas programadas	80%
Seguimiento epidemiológico por salud publica	Vigilar el comportamiento epidemiológico del usuario interno y/o externo y reportarlo	Presentar informes de comportamiento epidemiológico en un 100%	Permanente	Numero de informes presentados /número de casos presentados	100%
Asistir a las capacitaciones de calidad	Asistir al despliegue de información de interés general	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Cronograma	Número de personal del servicio que asiste a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	51%
Implementación de la promesa de servicio del área de quirúrgica u ortopedia	Establecer compromisos para cumplir relacionados con la atención del paciente	Implementar la promesa de servicio en un 90%	Anual	Promesa de servicio implementada y divulgada	80%
Participar en la priorización de estándares de acreditación del área asistencial	Asistir, participar en la mejora del proceso con el fin de aumentar la calificación	Aumentar la calificación en un 20% con respecto al año anterior	Anual	Calificación de vigencia actual/calificación de vigencia anterior	90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

CIRUGIA

Nivel de Cumplimiento 84.4%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	CUMPLIMIENTO
Aumentar la producción	Aumentar la producción del servicio de cirugía	Aumentar las cirugías en un 5%		Producción de vigencia actual/producción de vigencia anterior.	6201/5359=1.57 Se logró la meta en un 115%
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	sistematizar historias clínicas de todos los pacientes	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en cirugía	6201/6201=100%
Verificar que todo paciente que ingresa al servicio para la elaboración de un procedimiento quirúrgico, entienda y tenga el proceso de consecución del entendimiento del consentimiento informado	Verificar que los usuarios conozcan y tengan el proceso de consecución del entendimiento del consentimiento informado	Que el 100% de los pacientes que son sometidos a un procedimiento tengan el consentimiento informado	Permanente	No de pacientes que presentan y comprenden el consentimiento informado/ total de pacientes que ingresan al quirófano	5259/6201=84%
Actualizar e Implementar las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Verificar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos.	Implementar guías en un 90%.	Anual	No actas donde se actualizaron y socializaron las guías y protocolos / No total de guías y protocolos del servicio que sean adoptadas y aprobadas por gerencia	5/6=83%
Concertar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del	Cumplir los objetivos trazados.	Evaluar el desempeño de los funcionarios por su mejoramiento	Del 1 al 15 de febrero.	Compromisos concertados	90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

servicio de cirugía		laboral.	Evaluación en segundo semestre del año	Evaluación del desempeño	
Verificación de medicamentos del carro de paro.	Mantener actualizado el carro de paro para su buen uso.	Medicamento en buen estado con sus actas en reglas, prestación, fecha de vencimiento lote, etc.	Semanal.	Numero de revisiones realizadas/Numero de revisiones programadas	10/11=90%
Entrega oportuna de informes de calidad	Reportar oportunamente los indicadores de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	11/12=91%
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	medir la adherencia del protocolo de lavado de mano	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del protocolo/ total de evaluaciones	5359/6201=86%
Socializar aplicar y evaluar lista de chequeo quirúrgica de seguridad del paciente	Verificar la aplicación de todos los pasos y requisitos previos al acto quirúrgico	Aplicar lista de chequeo a todos los actos quirúrgicos en un 95%	Permanente	Numero de cirugías con listas de chequeos aplicadas /total de cirugías realizadas	5359/6201=86%
Participar en la priorización de estándares de acreditación del área asistencial	Asistir, participar en la mejora del proceso con el fin de aumentar la calificación	Aumentar la calificación en un 20% con respecto al año anterior	Anual	Calificación de vigencia actual/calificación de vigencia anterior	Priorización, planes de mejoramiento, desarrollo de actividades y socialización de los productos 90%
Supervisión de actividades de con el fin de disminuir glosas	Disminuir glosas en el servicio de cirugía	Disminuir la ocurrencia de glosas en un 10%	Mensual	Disminuir la frecuencia de los motivos de glosa /la frecuencia de los motivos de glosas	80% aumento por no pertinencia de procedimiento de cirugía pediátrica

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	CONTROL INTERNO		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

				socializados por auditoria	
Disminución de cancelación de cirugía por motivos institucionales	Disminuir cancelación de cirugías por motivos institucionales	Disminuir en un 5% las cirugías por motivos institucionales	Mensual	Numero de cancelaciones vigencia actual/numero de cancelaciones vigencia anterior	77/95=0.8 se logró la meta, puesto que se disminuyó el 8% 123%
Asistir a las capacitaciones de calidad	Asistir al despliegue de información de interés general	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Cronograma	Numero de personal del servicio que asiste a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	100% Ganaron el primer lugar del área asistencial
Implementación de la promesa de servicio del área de cirugía	Establecer compromisos para cumplir relacionados con la atención del paciente	Implementar la promesa de servicio en un 90%	Anual	Promesa de servicio implementada y divulgada	50%

MEDICINA INTERNA

Nivel de cumplimiento 88%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	CUMPLIMIENTO
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	sistematizar historias clínicas de todos los pacientes	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en medicina interna	Todas las historias se sistematizan 100%
Supervisión de actividades de hospitalización con el fin de disminuir	Disminuir glosas en el servicio de	Disminuir en un 10% las glosas con	Mensual	Disminuir la frecuencia de los motivos de glosa	90% la frecuencia de glosas ha

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

glosas	hospitalización de medicina interna	respecto a la vigencia anterior		/la frecuencia de los motivos de glosas socializados por auditoria	disminuido
Aumento en el porcentaje ocupacional	Aumentar porcentaje ocupacional del servicio de medicina interna	Aumentar en un 5% el porcentaje ocupacional	Permanente	Porcentaje ocupacional de la vigencia actual /porcentaje ocupacional de la vigencia anterior	$74.5/89=83\%$
Actualizar e Implementar y medir la adherencia de las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Verificar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos.	Implementar guías en un 90%.	Trimestral	No de actas donde se socializan las guías y protocolos / No de guías y protocolos actualizados	$4/5=80\%$
Concertar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de cirugía	Cumplir los objetivos trazados.	Evaluar el desempeño de los funcionarios por su mejoramiento laboral.	Del 1 al 15 de febrero. Evaluación en segundo semestre del año	Compromisos concertados Evaluación del desempeño	90%
Verificación de medicamentos del carro de paro.	Mantener actualizado el carro de paro para su buen uso.	Medicamento en buen estado con sus actas en reglas, prestación, fecha de vencimiento lote, etc.	Semanal.	Numero de revisiones realizadas/Numero de revisiones programadas	$12/12=100\%$
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	medir la adherencia del protocolo de lavado de mano	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del protocolo/ total de evaluaciones	$10/11=90\%$
Asistir a las capacitaciones de calidad	Asistir al despliegue de información de interés general	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Cronograma	Numero de personal del servicio que asiste a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	$27/31=87\%$

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

Implementación de la promesa de servicio hospitalización	Establecer compromisos para cumplir relacionados con la atención del paciente	Implementar la promesa de servicio en un 90%	Anual	Promesa de servicio implementada y divulgada	50%
Participar en la priorización de estándares de acreditación del área asistencial	Asistir, participar en la mejora del proceso con el fin de aumentar la calificación	Aumentar la calificación en un 20% con respecto al año anterior	Anual	Calificación de vigencia actual/calificación de vigencia anterior	Priorización, planes de mejoramiento y socialización de productos 90%
Seguimiento epidemiológico por salud publica	Vigilar el comportamiento epidemiológico del usuario interno y/o externo y reportarlo	Presentar informes de comportamiento epidemiológico en un 100%	Permanente	Numero de informes presentados /número de casos presentados	12/12=100%
Entrega oportuna de informes de calidad	Reportar oportunamente los indicadores de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	12/12=100%

MATERNIDAD

Nivel de cumplimiento 89.2%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	CUMPLIMIENTO
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	sistematizar historias clínicas de todos los pacientes	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en maternidad	Todas las historias fueron sistematizadas 100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

Supervisión de actividades de hospitalización con el fin de disminuir glosas	Disminuir glosas en el servicio de maternidad	Disminuir en un 10% las glosas con respecto a la vigencia anterior	Mensual	Disminuir la frecuencia de los motivos de glosa /la frecuencia de los motivos de glosas socializados por auditoria	70% debido a la estancia hospitalaria de las maternas
Aumento en el porcentaje ocupacional.	Aumentar porcentaje ocupacional del servicio de maternidad	Aumentar en un 5% el porcentaje ocupacional	Permanente	Porcentaje ocupacional de la vigencia actual /porcentaje ocupacional de la vigencia anterior	105/99=1.06 se logró la meta en un 106%
Actualizar e Implementar las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Verificar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos.	Implementar guías en un 90%.	Anual	No de guías y protocolos socializados / No de guías y protocolos actualizados	$\frac{3}{4}=75\%$
Concertar compromisos con los funcionarios de carrera administrativa para evaluar el desempeño del servicio de MATERNIDAD	Cumplir los objetivos trazados.	Evaluar el desempeño de los funcionarios por su mejoramiento laboral.	Del 1 al 15 de febrero. Evaluación en segundo semestre del año	Compromisos concertados Evaluación del desempeño	90%
Verificación de medicamentos del carro de paro.	Mantener actualizado el carro de paro para su buen uso.	Medicamento en buen estado con sus actas en reglas, prestación, fecha de vencimiento lote, etc.	Semanal.	Numero de revisiones realizadas/Numero de revisiones programadas	12/12=100%
Entrega oportuna de informes de calidad	Reportar oportunamente los indicadores de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	11/12=91%
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	medir la adherencia del protocolo de lavado de mano	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del protocolo/ total de	8/9=88%

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204153-7 Lorica - Córdoba Cra 56 N° 17-184 Tel: 7735686 - 7256481 Barrio San Pedro</p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 CONTROL INTERNO		

				evaluaciones	
Realizar Plan de charla con el personal del servicio	Instruir al personal asistencial	Realizar charlas bimensual	Bimensual	Numero de charlas realizadas/número de charlas programadas	6/6=100%
Seguimiento epidemiológico por salud publica	Vigilar el comportamiento epidemiológico del usuario interno y/o externo y reportarlo	Presentar informes de comportamiento epidemiológico en un 100%	Permanente	Numero de informes presentados /número de casos presentados	12/12=100%
Asistir a las capacitaciones de calidad	Asistir al despliegue de información de interés general	Que el 80% del personal asista a las capacitaciones	Programación	Numero de personal del servicio que asiste a las capacitaciones de calidad /total de personal del servicio	28/31=90%
Implementación de la promesa de servicio del área de maternidad	Establecer compromisos para cumplir relacionados con la atención del paciente	Implementar la promesa de servicio en un 90%	Anual	Promesa de servicio implementada y divulgada	50%
Participar en la priorización de estándares de acreditación del área asistencial	Asistir, participar en la mejora del proceso con el fin de aumentar la calificación	Aumentar la calificación en un 20% con respecto al año anterior	Anual	Calificación de vigencia actual/calificación de vigencia anterior	Priorización, planes de mejoramiento 90%
Fortalecer la adherencia de la política IAMI	Divulgar la estrategia en toda la ESE	Socializar al personal asistencial, a las maternas y la familia o acompañante de las maternas	Permanente	Numero de capacitaciones realizadas/numero de capacitaciones programadas	365/365=100%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO	COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

URGENCIAS

Nivel de cumplimiento 84%

ACTIVIDADES	OBJETIVO	META	TIEMPO DE EJECUCION	INDICADORES	Resultado
Control de fuga de pacientes	Disminuir la ocurrencia de la fuga de pacientes	0% de fugas	Mensual	Pacientes fugados / total de pacientes admisionados según software	16/29373=0,0005 99.9%
Oportunidad en la atención de urgencias	Garantizar que se cumplan los tiempos de atención según el triaje	Atender a los pacientes en un lapsus no mayor a 30 minutos	Mensual	Total de minutos/solicitud de la atención en la consulta de urgencias y la atención por el medico general (sumatoria minutos de espera / numero de usuarios admisionados en la consulta de urgencias)	13.28 minutos 100%
Estancia en observación de urgencias	Medir que la estancia en urgencias no supere las 6 horas	Que el resultado del indicador sea ≤ 0.16	Mensual	Total de pacientes atendidos en urg / total de horas en el servicio	29373/5523=5.31 No se cumplió con el indicador por que el resultado esta por encima, ya que en promedio los pacientes duran después de las 6 horas reglamentarias, 5

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005			
	CONTROL INTERNO		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

					horas más.
oportunidad en la realización de las evoluciones	garantizar que se evalúa periódicamente la evolución de los pacientes	Realizar evoluciones cada dos horas por 6 horas ≤ 0.3	Mensual	<i>Total de pacientes atendidos en urg / total de evoluciones</i>	29373/68361=0.42 No se cumplió el indicador 66%
Oportunidad en la interconsulta en urgencias	Garantizar la atención oportuna de los pacientes por parte del especialista	que el tiempo de atención por parte del especialista no sea mayor a dos horas	Mensual	<i>Sumatoria total de horas de espera desde que el médico general solicita interconsulta / total de interconsultas solicitadas</i>	29241/17544=1,6 horas, se cumple porque no es mayor a dos horas 100%
Entrega oportuna de informes de calidad	Reportar oportunamente los indicadores de calidad	Entregar los informes dentro de los primero 5 días del mes	Mensual	Numero de informes entregados oportunamente/ total entregados	8/12=66%
Implementación de historias clínicas sistematizadas.	sistematizar historias clínicas de todos los pacientes	Que el 100% de los pacientes tengan historia clínica sistematizada	Permanente	No de historias clínicas realizadas por el sistema /total de pacientes atendidos en urgencias	100%
Supervisión de actividades de hospitalización con el fin de disminuir glosas	Disminuir glosas en el servicio de hospitalización de quirúrgica y ortopedia	Disminuir en un 10% las glosas con respecto a la vigencia anterior	Mensual	Disminuir la frecuencia de los motivos de glosa /la frecuencia de los motivos de glosas socializados por auditoria	Si disminuyo En un 90% Solo se presentan por estancia por más de 6 horas y algunos exámenes
Actualizar e Implementar las guías y protocolos del servicio que requieran actualización	Verificar el cumplimiento de normas, procesos y procedimientos.	Implementar guías en un 90%.	Anual	No de guías y protocolos socializados / No de guías y protocolos actualizados	90%
Cumplir con el protocolo de lavado de manos	medir la adherencia del protocolo de lavado de mano	Cumplir en 100% del protocolo de lavado de manos	Mensual	Numero de evaluaciones en las que se cumplió con la adherencia del	80%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

				protocolo/ evaluaciones	total de	
Verificar que el proceso de remisión se cumpla teniendo en cuenta los requerimientos internos	Garantizar la atención del paciente, que hasta las 12 horas de solicitada la remisión , se debe definir la situación del paciente con tres opciones (hospitalización, valoración para alta o enviar por urgencia vital) previa gestión correcta del proceso	Hasta 24 horas se puede dejar en urgencias	Diario			90%

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

FISOTERAPIA

Nivel de cumplimiento 110%

ACTIVIDAD	OBJETIVO	META	INDICADOR	RESULTADO	CUMPLIMIENTO	NOTA
aumentar productividad	<ul style="list-style-type: none"> permanente 	3%	$\frac{\text{productividad vigente}}{\text{productividad de años anteriores}}$	$\frac{10641}{7537} : 1.41$	140%	
implementar y socializar protocolos de lavados de manos	<ul style="list-style-type: none"> trimestral 	100%	$\frac{\text{n° de evaluaciones de los protocolos realizados}}{\text{n° de evaluaciones programadas}}$	$\frac{1}{1} : 1$	1x 100: 100% 100% / 100% :1 1x 100% :100	el servicio de agua no es constante en los grifos
socializacion de los protocolos y guias de fisioterapia	<ul style="list-style-type: none"> trimestral 	100%	$\frac{\text{n° protocolos adoptados}}{\text{n° protocolos socializados}}$	$\frac{2}{2} : 1$	1 x 100: 100% 100% / 100% :1 1 x 100: 100	
prestacion del servicio con aplicacion de los protocolos y calidad	<ul style="list-style-type: none"> permanente 	70%	adherencias de los protocolos en las historias clínicas	90%	90 / 90 : 1 1 x 100: 100%	no se puede cumplir con el 100% de la actividad por no disponer con todos los implementos y equipos adecuados en el servicio de fisioterapia

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

IMPLEMENTACIÓN

Durante el tiempo transcurrido se ha difundido los productos de acreditación, mediante la estrategia de la hora de la calidad y durante la feria de la calidad, realizada los días 23, 24 y 25 de Noviembre.

RESULTADO

Los resultados de cada área está relacionado en cada POA de y el resultado para la vigencia 2015 de Enero a diciembre es de 95.25% y con relación a la vigencia anterior que fue de 95.7 se notó una diferencia de 7 decimas

CUMPLIMIENTO POR ÁREAS

Cumplimiento por áreas de forma general:

ADMINISTRATIVA	CUMPLIMIENTO ENERO-DICIEMBRE		
	< 70	> 70 -89 <	>90
AREA			
SIAU			118.5%
GESTION AMBIENTAL			102.7%
CONTROL INTERNO			105%
ARCHIVO DE GESTION			109%
SERVICIOS GENERALES			103%
ADMISIONES			100%
AUDITORIA DE MEDICAMENTO			93.8%
SISTEMAS			99.5%
JURIDICA		87.9%	
AUDITORIA DE CUENTA		85.1%	

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005		
	CONTROL INTERNO		

FACTURACION			100%
MANTENIMIENTO			100%
LOGISTICA			106%
CALIDAD			99.4%
APOYO A PLANEACION			100%
ESTADISTICA			100%
CARTERA			98%
ALMACEN		77.6%	
SEGURIDAD DEL PACIENTE			109%
CONTABILIDAD			90.8
TOTAL			97.6

ASISTENCIAL AREA	CUMPLIMIENTO ENERO- DICIEMBRE		
	< 70	> 70 -89 <	>90
AREA ASISTENCIAL			99.7%
URGENCIAS		84%	
MATERNIDAD		89.2%	
QUIRURGICA Y ORTOPEDIA		87%	
CIRUJIA		84.4%	
FISIOTERAPIA			110%
MEDICINA INTERNA		88%	
LABORATORIO			100%
PEDIATRIA			94%
TOTAL			92.9

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 CONTROL INTERNO		
		COD. C. 03 ELABORO	REF. N..M.M

El promedio de cumplimiento entre las dos aéreas (administrativa y asistencial), es de 95.25%

OBSERVACIONES

El área de consulta externa no presento el poa

RECOMENDACIONES

En las áreas administrativas, como son jurídica, cartera y auditorias de cuenta deben aumentar su porcentajes

En las áreas asistenciales como son urgencias, maternidad, quirúrgica, cirugía y medicina interna de igual forma aumentar su porcentaje de cumplimiento

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes

Atentamente,

NALDO ANTONIO MEJIA MATUTE
Oficina asesora de control interno (D)