



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE

VERSION 1

DOCUMENTO CONTROLADO

PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2023

FECHA VIGENCIA 30/ 01/2023

CODIGO PL-PDE-03

ITEM	COMPONENTE	AREA	LINEAS DE ACCION	INDICADORES DE GESTION	DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	SOPORTE Y/O EVIDENCIA	Objetivo	Meta del periodo	Meta Cuantitativa	Periodicidad de medición	Actividades	Fecha de Inicio de la actividad (DD/MM/AA)	Fecha de Terminación de la actividad (DD/MM/AA)
1		Recursos Físicos	Fortalecer los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la entidad	Porcentaje de cumplimiento de programa de mantenimiento preventivo en la entidad	Activiades ejecutadas*100/actividades programadas	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y subgerente científico o quien haga sus veces, donde conste las actividades programadas de mantenimiento preventivo del mes y las actividades de mantenimiento ejecutadas( esto aplica tanto para infraestructura, dotación e información, en observancia de la Circular Externa 29 de 1997 expedida por la	Formular y Ejecutar el Plan de Mantenimientos preventivo y Correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos de acuerdo a la Normatividad	Plan Formulado y ejecución del 100% del Plan de Mantenimiento preventivo y correctivo	100%	Mensual	Planificar, ejecutar y hacerle seguimiento mensual al plan de Mantenimiento preventivo y correctivo de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	1/01/2023	31/12/2023

2				Monto de deuda por descuentos de nómina	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a descuentos de nómina no pagados	Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda por descuentos de nómina al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subdirector administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.	Garantizar el pago oportuno de las obligaciones salariales del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	Pago de 100% de la deuda de Salarios, prestaciones sociales y parafiscales.	100%	Mensual	Verificar de manera fiable el valor de la deuda salarial y prestacional del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos  Liquidar el monto de la deuda salarial, prestacional y parafiscal del personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.  Gestionar el recurso económico para el pago oportuno de	1/01/2023	31/12/2023
---	--	--	--	---	---	--	--	---	------	---------	--	-----------	------------

3	Administrativo
---	----------------

Fortalecer los procesos de selección, vinculación y mantenimiento del talento	Monto de la deuda a contratistas directos	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a servicios personales indirectos	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a servicios personales indirectos	Cumplir con las obligaciones financieras generadas con los contratistas directos a través de acuerdos de pago minimizando el riesgo de la sostenibilidad económica y financiera de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos	realizar el pago de manera oportuna del valor causado a contratistas	100%	Mensual	Lograr que los contratistas directos legalicen las cuentas de forma gradual  Causar las cuentas legalizadas que se adquirieron con los contratistas directos de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.  Gestionar recursos para el pago de la deuda que se tiene con los contratistas directos de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.	1/01/2023	31/12/2023
---	---	---	---	--	--	------	---------	--	-----------	------------



6			Monto de la deuda de salarios	Valor registrado de deuda al cierre del período correspondiente a salarios y prestaciones sociales del personal de planta	Estados financieros firmados y certificación discriminada de la deuda de salarios y prestaciones sociales al cierre del período reportado, suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces.			100%	Mensual	Regional II Nivel de San Marcos.  Pagar la deuda de deuda salarial al personal de planta de la ESE Hospital Regional II Nivel de San Marcos.	1/01/2023	31/12/2023
7		Corregir las pérdidas del ejercicio y recuperar financieramente la entidad	Utilidad o pérdidas acumuladas del período	Valor registrado al cierre del período en los estados financieros	Estados de Resultados firmado.	Presentar el verdadero resultado de la operación teniendo en cuenta las operaciones no reconocidas en vigencias anteriores	dar a conocer el resultado del ejercicio.	100%	Mensual	Reconocer todas las operaciones financieras de la entidad.	1/01/2023	31/12/2023

8	Contabilidad	Depurar los estados financieros	Razonabilidad de estados Financieros	Dictamen del Contralor, Revisor Fiscal y/o Contador	(Contralor Designado): Dictamen del contralor, revisor fiscal y/o contador.	<b>Deudores:</b> Depurar las cuentas por cobrar registrados en los estados financieros a su valor real cobrable y razonable	Conciliar el 100% del total registrado	100%	Mensual	<input checked="" type="checkbox"/> Comparación saldos entre los departamentos.  Implementar políticas de gestión a través de mesas de trabajo, las conciliaciones de saldos entre el área de contabilidad y las demás áreas, procedimientos que no habían sido realizados por los anteriores administradores:  <ul style="list-style-type: none"> <li>Tesorería: realización de las conciliaciones</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
		9	Días de Rotación de cuentas por pagar	Días del período / Compras a crédito del período/ Promedio de cuentas por pagar	Certificación suscrita por el contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener los días de rotación dentro de la meta establecida.	Mantener los días de rotación dentro de la meta establecida.	100%	Mensual	Realizar un inventario de las cuentas por pagar, según edad, detalle, fecha de vencimiento y valor  Unificar los pagos priorizando los de mayor edad de vencimiento	1/01/2023	31/12/2023

10		Sanear las deudas acumuladas de la vigencia y vigencias anteriores	Monto acumulado de cuentas por pagar	Valor registrado al cierre del período en los estados financieros	Estados financieros firmados y certificación suscrita por el contador y subgerente administrativo y/o financiero, con el detalle de la deuda.	reconocer la totalidad de las obligaciones de la ESE e iniciar un plan de pagos conforme al flujo de recursos recibidos por las gestiones realizadas en la intervención	Que el monto de las cuentas por pagar, no superen el costo de 3 meses de de operación corriente. (\$4.500 millones promedio) .	100%	Mensual	Relacionar las cuentas por pagar registradas en los estados financieros listos para giro, discriminados por tercero, valor y modalidad (honorarios, servicios, proveedores)	Comparación de las cuentas por pagar registrados en los estados financieros, con los compromisos registrados en el presupuesto el cual se suscribe en el contrato de cada una de	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--------------------------------------	---	---	---	--	------	---------	---	--	-----------	------------

11				Días de Rotación de cartera	Días del período / Valor de ventas a crédito en el período / Promedio de cuentas por cobrar	Certificación suscrita por el contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Reporte de cartera detallada por edades	Disminuir los días de rotación en la cartera presentada en la línea base, objeto de mejora	disminuir en un 50% el total de la rotacion de la cartera Para el 2023	100%	Mensual	<p>Revisar la cartera frente a su cobrabilidad, versus costo beneficio</p> <p>Realizar jornadas de conciliacion y ajustes por procesos de glosas para disminuir el riesgo de perdida por objeciones</p> <p>Iniciar un plan de recaudo con los principales pagadores, ademas de ajustar a los verdaderos valores cobrables al corto plazo</p>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	-----------------------------	---	---	--	--	------	---------	--	-----------	------------





13	
14	

Porcentaje de glosa definitiva	Valor de glosa definitiva a la facturación del período*100/ Valor total de facturación del período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero, responsable de auditoría de cuentas o quien haga sus veces y contador, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica	Mantener la glosa dentro del parametro establecido del 2%.	Para la vigencia 2023, la glosa definitiva será menor al 2% por medio de la vinculación de personal médico especializado en contestación de glosas	2%	Mensual	Contestar oportunamente cada una de las objeciones  Iniciar inventario de las causas de las oglosas definitivas en vigencias anteiores  Realizar estudio para cada una de las pertinencias de las aceptaciones y por ende evitar que no se presente de nuevo	1/01/2023	31/12/2023
Porcentaje de objeción	Valor de objeción a la facturación del período*100/ Valor total de facturación del período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero y responsable de auditoría de cuentas o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica	Mejorar el porcentaje de objeción inicial partiendo de una facturación sin dudas, con esto iniciar un plan de recaudo y posteriormente saneamiento de pagos	Mantener el indicador por debajo del 15% de la glosa inicial.	9,00%	Mensual	realizar inventario de las actuales objeciones, dando respuesta, evaluando con estas evitar que se presenten nuevamente	1/01/2023	31/12/2023

15				Balance presupuestal con recaudo (Obligaciones)	Ingresos recaudados totales acumulados al período informado/ Obligaciones totales acumuladas al período informado	Ejecución presupuestal mensual y acumulada firmada y Certificationación y anexo suscritos por el responsable del área y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	realizar las actividades pertinentes para intentar comprometer con base a los recaudos y no al reconocimiento de la facturación		0,80	Mensual	Unificar mensualmente una conciliación entre las áreas de contabilidad, cartera y presupuesto, para determinar los saldos comprometidos versus registros contables.  Realizar revisión de la totalidad los compromisos presupuestales de la vigencia.  Para los compromisos registrados, pero no ejecutados, realizar las	1/01/2023	31/12/2023
		Presupuesto	Corregir el déficit				Reducir el déficit presupuestal y de caja, con el fin de acercar el indicador al equilibrio presupuestal en la						

16		Presupuesto	Cuentas presupuestales	Balance presupuestal con reconocimientos (Obligaciones)	Ingresos reconocidos totales acumulados al período informado / Obligaciones totales acumuladas al período informado	Ejecución presupuestal mensual y acumulada firmada y Certificación suscrita por el responsable del área y subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Equilibrar el déficit presupuestal para la vigencia 2023	operación corriente (balance presupuestal de reconocimientos y con recaudo) para la vigencia 2023.	1,00		mensual	Unificar mensualmente una conciliación entre las áreas de contabilidad, cartera y presupuesto, para determinar los saldos comprometidos versus registros contables.  Realizar revisión de la totalidad los compromisos presupuestales de la vigencia.  Para los compromisos registrados, pero no ejecutados, realizar las	1/01/2023	31/12/2023
----	--	-------------	------------------------	---	---	--	--	--	------	--	---------	---	-----------	------------

17	Jurídico	Defensa	Fortalecer la defensa	Porcentaje recuperación títulos valores	Valor en pesos de títulos judiciales recuperados* 100/valor total en pesos de títulos por recuperar	Certificación expedida por el Banco Agrario (trimestral) Certificación suscrita por el contador y jefe del área jurídica o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de recuperación de los títulos valores a favor de la Entidad	Recuperar el 100% del total de títulos valores	100%	Mensual	Oficiar a las Entidades Bancarias y Despachos Judiciales para establecer la existencia de títulos ejecutivos.  Direccionar oficios a los Despachos Judiciales, en aras de que se informe, si existen títulos por recuperar con ocasión a procesos ejecutivos existentes.  De existir títulos ejecutivos oficiar a cada una de las entidades para llevar a	1/01/2023	31/12/2023
----	----------	---------	-----------------------	---	---	--	---	--	------	---------	---	-----------	------------

18	Judicial	Verencia judicial	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de actuaciones en procesos judiciales durante el período dentro del término legal*100/Número total de procesos objeto de actuación en el período	Certificación suscrita por el jefe del área jurídica o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica, anexando base de datos de los procesos judiciales. Base de datos diligenciada de los procesos - 18-1	Fortalecer de manera integral las políticas de defensa judicial de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos	100% del total de Procesos judiciales contestados dentro del término legal de conformidad con la política de defensa judicial de la entidad	100%	Mensual	Discriminar el estado actual de los procesos judiciales en los que interviene la entidad como demandante, y demandada  Verificar la fecha que tiene el apoderado judicial para dar contestación a las acciones, corroborando el cumplimiento en términos.  Relacionar el estado de cada proceso, sea vigente, fallado a favor o en contra de la	1/01/2023	31/12/2023
19	Mercadeo	Revisión y ajuste de mecanismos de venta de servicios a	Valor de facturación del período	Valor de ventas realizadas en el período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Reporte de facturación del período.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	100%	Mensual	Desarrollar estrategias de mercadeo que permitan alcanzar las metas de facturación	1/01/2023	31/12/2023

20	Mercadeo		diferentes pagadores	Porcentaje de cumplimiento en la meta de facturación del período	Valor de ventas realizadas en el período*100/ Valor de ventas estimadas en el período	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	La facturación promedio mensual no podrá ser inferior a los \$900 millones.	100,00%	Mensual	Formular y Desarrollar un Plan de ventas institucional	1/01/2023	31/12/2023
21			Servicio al Cliente	Mejorar la percepción de calidad de servicios por parte de los usuarios	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la x 100%	Número de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?"/Número de usuarios que respondieron la pregunta	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Medir y Mejorar de manera gradual la percepción de satisfacción del usuario	Lograr que el indicador de percepción de satisfacción del usuario se ubique en un 100%	95,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoptar estrategias de socialización de los derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>- Realizar encuestas de satisfacción y socializar los resultados de la medición, a los usuarios internos y externos de la ESE Hospital Regional II Nivel San Marcos.</li> <li>- Implementar estrategias de motivación a los usuarios a manifestar las PQRS, a través de los buzones y oficina SIAU</li> </ul>	1/01/2023

22		Efectividad de	Mejorar los indicadores de morbi mortalidad en	Tasa de mortalidad materna	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales * 100000/Número total de nacidos vivos	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Controlar la mortalidad materna	Mantener en 0 x 1.000 RNV la tasa de mortalidad materna	0 x 1000 N.V.	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- análisis de los casos de 100 % de los casos presentados</li> <li>- Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad materna.</li> <li>- Socialización y evaluación de adherencia a guías de atención del parto.</li> <li>- Adoptar las Guías de práctica clínica para control prenatal y atención del parto</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------------	--	----------------------------	---	---	---------------------------------	---	---------------	---------	--	-----------	------------



23		la atención	mortalidad en la población usuaria o afiliada	Tasa de mortalidad perinatal	Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento./Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Controlar la mortalidad perinatal	Mantener por debajo de 5 x 1.000 RNV la tasa de mortalidad perinatal	0 x 1000 N.V	Mensual	Implementar el control post natal institucional obligatorio en los casos de nacidos vivos en el Hospital - Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad perinatal. - adoptar Guías de práctica clínica para control prenatal y atención del parto - socializar y evaluar adherencia	1/01/2023	31/12/2023
----	--	-------------	---	------------------------------	---	---	-----------------------------------	--	--------------	---------	--	-----------	------------

24				<p>Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha en que es atendido por el especialista. /Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución</p>	<p>Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.</p>	<p>Mejorar la oportunidad en la asignación de citas en consulta médica de especialidades que representan picos dentro del promedio</p>	<p>Lograr que todas las especialidades sean atendidas con oportunidad dentro del estándar específico para cada una</p>	10,00	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar el estándar específico de oportunidad para cada especialidad, acorde con la disponibilidad del recurso humano especializado</li> <li>- Determinar si existen brechas de calidad en alguna especialidad y definir las acciones para su corrección.</li> <li>- Reunión mensual de realimentación de indicadores liderada por la coordinación para el personal de consulta</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	---	--	--	-------	---------	--	-----------	------------

25	
----	--

Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage en el servicio de urgencias (minutos)	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Habilitar la prestación del Servicio de Triage II en Urgencias	Lograr que la oportunidad promedio para pacientes con triage 2 no supere los 15 minutos	10 minutos	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estandarizar la medición del triage con base en la información que reporta el Software utilizado como Sistema de Información Institucional o formato donde se registre diariamente el triage II.</li> <li>- Revisar y ajustar el procedimiento de atención de urgencias, desde el ingreso del paciente, el triage, admisión y manejo final.</li> <li>- Realizar auditoría</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
---	---	--	--	---	------------	---------	---	-----------	------------

26			Mejoramiento calidad de	<p>Tiempo promedio de espera para en la atención en consulta de Urgencias Triage II (minutos)</p>	<p>Sumatoria del número de minutos transcurridos a partir de la clasificación de Triage II y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta de urgencias por parte del médico / Total de usuarios atendidos clasificados como Triage II en consulta de urgencias</p>	<p>Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.</p>	<p>Establecer el tiempo promedio para la atención del paciente en el servicio de urgencias</p>	<p>Lograr que la atención de paciente en urgencias se brinde con una oportunidad promedio que no supere los 30 minutos (triage 2)</p>	20 minutos	Mensual	<p>Estandarizar la medición del Triage con base en la información que reporta el Software utilizado como Sistema de Información Institucional - Revisar y ajustar el procedimiento de atención de urgencias, desde el ingreso del paciente, el Triage, admisión y manejo final - Realizar auditoría semanal al proceso de Triage con el fin de determinar la</p>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	----------------------------	---	---	---	--	---	------------	---------	--	-----------	------------

27		Cirurgía	Cirurgía de atención	Porcentaje de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período atribuibles a la Entidad * 100 / Número de cirugías programadas en el período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Establecer el porcentaje de cancelación de cirugía programada por causas atribuibles al Hospital de acuerdo con el Software utilizado como Sistema de Información Institucional y mantenerlo dentro de los lineamientos normativos	Mantener el porcentaje de cancelación de cirugía programada dentro del rango establecido por los lineamientos normativos	5,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificación y seguimiento diario de la programación.</li> <li>- Gestión en el cumplimiento de la programación de cirugía.</li> <li>- Realizar medición mensual del indicador.</li> <li>- Socialización mensual con el equipo de la unidad funcional de cirugía.</li> <li>- Articulación con las unidades funcionales de urgencias y hospitalización.</li> <li>- Capacitar al personal asistencial de las unidades</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------	----------------------	---	---	--	--	--	-------	---------	--	-----------	------------

28	Técnico
----	---------

Porcentaje de ocupación en urgencias	Sumatoria de días estancia en urgencias en el período*100/ Total de días estancia disponibles en urgencias en el período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de ocupación conforme a la capacidad instalada del hospital	Lograr que la ocupación del servicio de observación en urgencias no supere el 100%	90,0%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer formal y oficialmente el estándar de número de camas instaladas en observación de urgencias</li> <li>- Ajustar el método para realizar el censo diario del servicio de observación urgencias</li> <li>- Implementar rondas diarias documentadas de definición de conductas con el equipo coordinador del servicio</li> <li>- Elaborar y ejecutar un programa de actualización en guías de</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
--------------------------------------	---	--	--	--	-------	---------	--	-----------	------------

29	Científico												
		Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	Número de pacientes con estancia superior a 24 horas*100/Número total de pacientes en urgencias	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Disminuir el número de pacientes que permanece más de 24 horas en el servicio de observación de urgencias	Lograr que el porcentaje de pacientes con permanencia en observación por más de 24 horas llegue a 0%	0,0%	Mensual	Incrementar la interacción con el servicio de hospitalización para la ubicación de pacientes con orden de hospitalización - Realizar rondas de auditoría concurrente para apoyo a la definición de conductas y procesos administrativos a pacientes dentro de las 24 horas de su ingreso a urgencias - Gestionar articulación con CRUE, EAPB y demás actores del	1/01/2023	31/12/2023		

30		Habilitación	Revisión y cumplimiento de requisitos de habilitación por servicios	Porcentaje de cumplimiento de requisitos de habilitación	Servicios en cumplimiento de requisitos de habilitación*100 / total de servicios ofertados por la institución	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Lograr el cumplimiento de los estándares de habilitación en todos los servicios declarados	Lograr el 100% de cumplimiento de los estándares de habilitación en todos los servicios		85%	BIMENSUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar autoevaluación de estándares de habilitación, teniendo en cuenta los cambios contemplados en la Resolución 3100 de 2019</li> <li>- realizar plan de mejoramiento orientado a cumplimiento de estándares de habilitación.</li> <li>- Activar comités de obligatorio cumplimiento</li> <li>- Realizar seguimientos a plan de mejoramiento</li> <li>- Realizar inversiones en</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--------------	---	--	---	--	--	---	--	-----	-----------	---	-----------	------------



31				<p>Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica</p>	<p>Medición del porcentaje de adherencia de cada una de las guías * 100 / total de las guías objeto de la medición</p>	<p>Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.</p>	<p>Realizar medición objetiva y sistemática de la adherencia a las guías prioritarias en maternidad</p>	<p>Lograr una adherencia del 100% a las guías prioritarias en maternidad</p>	100%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socialización de guías de código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica, episiotomía y episiorrafia, manejo del recién nacido de bajo peso, manejo del recién nacido sano y programa madre canguro.</li> <li>- Realizar rondas de ajuste a guías</li> <li>- Realizar medición de adherencia a guías manera mensual.</li> <li>- Realizar simulacros</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	--	--	---	---	--	------	---------	---	-----------	------------

32	
----	--

Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	Número de variables evaluadas positivamente acerca del manual de buenas prácticas de esterilización * 100 / Total de variables del manual de buenas prácticas de esterilización	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Realizar medición objetiva y sistemática a la adherencia al manual de buenas prácticas de esterilización	Lograr una adherencia del 100% al manual de buenas prácticas de esterilización	100%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisar y actualizar el manual de buenas prácticas de esterilización</li> <li>- Implementar auditoría mensual del proceso de esterilización por parte de la enfermera líder de control de infecciones</li> <li>- Realizar una jornada semestral de actualización en BPE a todo el personal de cirugía y central de esterilización</li> <li>- Implementar un mecanismo de evaluación</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
---	---	--	--	--	------	---------	---	-----------	------------

33		Seguridad Clínica	Mejoramiento de seguridad clínica en la atención de los pacientes	Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Mantener el porcentaje de gestión de los eventos adversos y evaluar su impacto	Mejorar la medición del impacto de las acciones sobre la gestión de los eventos adversos	100%	Mensual	<p>Implementar una matriz de seguimiento a las acciones derivadas de los análisis causales de eventos de seguridad de pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer un reconocimiento al Servicio Seguro para incentivar la adopción de prácticas seguras en la atención de los pacientes</li> <li>- Fortalecer las rondas de seguridad del paciente con equipo interdisciplinario, con frecuencia semanal</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	-------------------	---	--	---	--	--	--	------	---------	---	-----------	------------

34	
----	--

Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	Número total de muertes después de 48 horas en el período*100/ Número total de egresos del período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica. Se deben anexar las actas de los comités de mortalidad en donde se especifique si la muerte era o no evitable.	Mantener la tasa de mortalidad mayor de 48 horas por debajo de 5%	Mantener la tasa de mortalidad neta mayor a 48 horas dentro de los rangos establecidos por los lineamientos normativos	< 5%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar del 100 de las muertes mayores a 48 horas para cada vigencia, y establecer contingencia (Mortalidad Neta).</li> <li>- Implementar mecanismos de retroalimentación hacia los actores involucrados en casos de mortalidad mayor a 48 horas</li> <li>- Asegurar el cumplimiento a las acciones de mejora producto del análisis de los casos de mortalidad de 48 Horas</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
-------------------------------------	---	---	---	--	------	---------	---	-----------	------------

35				Tasa global de infección hospitalaria	Número total de infecciones asociadas al cuidado de la salud del período*100/ Número total de egresos del período	Certificación suscrita por el subgerente científico y responsable del área o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	Controlar la tasa de infección asociada a la atención asistencial	Mantener la tasa global de infección hospitalaria dentro de los rangos establecidos por los lineamientos normativos	5,00%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgar al personal asistencial los criterios para la definición de caso de IAAS definido por norma del Instituto Nacional de Salud</li> <li>- Implementar la estrategia multimodal de higiene de manos definida por la OMS)</li> <li>- Fortalecer el área de Control de Infecciones a través del liderazgo de la designación de una persona de enfermería para ejercer el Control de</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	--	--	---------------------------------------	--	--	---	---	-------	---------	--	-----------	------------

36	Tecnologías de Información Aplicadas a Salud	Sistema Integrado de Información	Implementación del sistema integrado de información	Porcentaje de implementación del sistema integrado de información	Actividades ejecutadas*100 / Actividades programadas	Certificación suscrita por el subgerente administrativo y/o financiero o quien haga sus veces, que incluya el desarrollo de la descripción metodológica.	cuenta que la entidad cuenta con un sistema de información implementado, pero presenta fallas al momento de generar reportes o procesar información en diferentes módulos se deben establecer actividades a mejorar para que se cuente con una información más aterrizada en cuenta a la situación actual de la entidad y permita	Alcanzar un nivel de implementación del sistema de información institucional mínimo del 80%	80%	Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seguimiento de cada uno de los módulos actualmente implementados.</li> <li>- Reportar por correo a la empresa desarrolladora del software cada uno de los inconvenientes del software.</li> <li>- Reportar y hacerle seguimiento a cada uno de los errores que reporten cada uno de los usuarios de los diferentes módulos.</li> <li>- Implementación</li> </ul>	1/01/2023	31/12/2023
----	--	----------------------------------	---	---	--	--	---	---	-----	---------	--	-----------	------------