

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION - MAGDALENA
PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA
HOSPITAL SAN RAFAEL
PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2021 - 2024 - PLAN DE ACCIÓN

OBJETIVO 2: Implementar herramientas gerenciales para fomentar el control de procesos y toma de decisiones.

EJE ESTRATÉGICO PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL	PROGRAMA PDD	OBJETIVO ESTRATEGICO PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS	LINEAS DE ACCION	META PLAN 2021-2024	INDICADORES	FORMULA DEL INDICADOR	LINEA BASE PLAN	META AÑO 1 (2021)	META AÑO 2 (2022)	META AÑO 3 (2023)	META AÑO 4 (2024)	FUENTE DE VERIFICACION (ORIGEN INFORMACION)	RESPONSABLE	
Revolución por la Equidad	Cambio por la Red Publica Hospitalaria		Asegurar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión a través de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.	Adecuación de la Institucionalidad	Aprobar a más tardar el 31 de enero de cada anualidad el plan de acción de implementación del MIPG	Plan formulado oportunamente	Fecha programada para entrega del plan -Fecha de entrega del plan	N.A.	>=1	>=1	>=1	>=1	Sistema de gestión documental	Lider Planeación y Mercadeo	
			Desarrollar políticas, planes, revisión y seguimiento, evaluación y monitoreo y mejora continua.	Ajustar el Direccionamiento Estrategico de la ESE San Rafael, adoptando políticas de Gestión y Desempeño	Aadpoción de Políticas	Acciones implementadas / Acciones programadas	N/A	1					Acuerdo de Junta Directiva	Lider Planeación y Mercadeo	
			Implementar el mapa estrategico	Actualizar el Mapa de Procesos de la ESE San Rafael de Fundación.	% de actualización del Mapa	%Acciones implementadas /Total Acciones programadas		100%							Lider Planeación y Mercadeo
			Implementar y hacer seguimiento a un tablero de indicadores	Implantar tablero de indicadores de monitoreo de la ESE San Rafael	% de actualización del tablero	Indicadores con información actualizada disponible / indicadores con información disponible	N.A.	0	100%	100%	100%			Auditoría de control interno	

	Lograr incremento progresivo en la autoevaluación de acreditación	Promedio de la calificación de la autoevaluación cuantitativa y cualitativa en desarrollo del Ciclo de Preparación para la acreditación o del Ciclo de Mejoramiento de la Empresa Social del Estado en los términos del artículo 2 de la Resolución 2181 de 2008 o de la norma que la sustituye	Sumatoria calificación estándares / total de estándares	2,20	1,20	1,2	1,2	1,2	Papeles de trabajo de autoevaluación	Lider Gestión de Calidad
	A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado Monitoreos Trimestrales al Mapa de Riesgos Institucional.	Monitoreo Mapa de Riesgos	Monitoreos Realizados / Monitoreos Programados	N.D.	4	4	4	4	Informe de auditorías	Todos los Procesos / Planeación y Mercadeo
	A 31 de diciembre de cada anualidad haber efectuado seguimiento al 70% de los planes de mejoramiento que se encuentren en ejecución.	Cumplimiento de seguimientos a planes de mejoramiento	Seguimientos efectuados y reportados / Seguimientos a realizar y reportar	N.D.	70%	70%	70%	70%	Informe de auditorías	Lider Gestión de Calidad
	Implementar en cada anualidad el Plan Anual de Auditorías de la ESE	% implementación plan	Acciones implementadas / Acciones programadas	1	1	1	1	1	Informe de auditorías	Lider Gestión de Calidad

Fortalecer la
Capacidad
Institucional de la
ESE.

Desarrollar
políticas, planes,
revisión y
seguimiento,
evaluación y
monitoreo y
mejora continua.

A 30 de noviembre de cada anualidad haber efectuado y reportado la evaluación al sistema de control interno.	Oportunidad en la evaluación y socialización de resultados	Fecha de reporte de resultados - Fecha máxima de reporte	1	1	1	1	1	Informe de auditorías	Lider Control Interno
A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado Auditoría sobre la apropiación de las normas de transparencia (Decreto 371 de 2010, Ley 1474 de 2011 y Código de Integridad del Hospital).	Cumplimiento de las fases de Auditoría	Planeación, ejecución y reporte de la Auditoría / Etapas de la Auditoría	N.A.	1	1	1	1	Informes de auditoría	Lider Control Interno
A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado Auditoría a la implementación del MIPG	Cumplimiento de las fases de Auditoría	Planeación, ejecución y reporte de la Auditoría / Etapas de la Auditoría	N.A.	>=1	>=1	>=1	>=1	Informes de auditoría	Lider Control Interno
Actualizar el PAMEC en el último trimestre de cada anualidad	Plan actualizado oportunamente	Fecha programada para entrega del plan -Fecha de entrega del plan	N.A.	>=1	>=1	>=1	>=1	Sistema de gestión documental	Lider Gestión de Calidad
Realizar 40 Procedimientos de Auditoría Medica en los servicios asistenciales	% cumplimiento meta de procesos de auditoría	auditorías MD realizadas / auditorías MD programadas		>=10	>=10	>=10	>=10	Informes de auditoría	Lider Gestión de Calidad
Realizar 40 Procesos de Auditoría de enfermería en los servicios asistenciales	% cumplimiento meta de procesos de auditoría	auditorías MD realizadas / auditorías MD programadas	0	>=10	>=10	>=10	>=10	Informes de auditoría	Lider Gestión de Calidad

Implementar herramientas gerenciales para fomentar el control de procesos y toma de decisiones.

Cumplir meta de evaluación de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en gestantes.	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / Total de Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	N/A	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Informes de auditoria	Lider Gestión de Calidad
Cumplir meta de Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	N.D.	80%	80%	80%	80%	Informes de auditoria	Lider Gestión de Calidad
Realizar seguimiento al 100% de las acciones programadas en los planes de mejora elaborados.	% de acciones con seguimiento	Acciones de mejora con seguimiento / total de acciones de mejora programadas	N.D.	100%	100%	100%	100%	Informe de seguimiento	Lider Gestión de Calidad

	Lograr meta de efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad.	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría.	100%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Papeles de trabajo ciclo de autoevaluación	Lider Gestión de Calidad
Fortalecer sistema de gestión documental y correspondencia	Implementar anualmente un plan de gestión documental siguiendo la normatividad vigente.	% Cumplimiento plan	Actividades realizadas / actividades programadas	N.A.	100%	100%	100%	100%	Informe de ejecución del plan	Lider Calidad - Lider Recursos Fisicos
Desarrollar políticas, planes, revisión y seguimiento, evaluación y monitoreo y mejora continua.	A 31 de diciembre de 2021 se dará aplicación del manual de Derechos de Petición del Hospital.	Manual de derecho de petición	Derechos de petición gestionados de acuerdo al manual / total derechos de petición gestionados	1	100%	100%	100%	100%	Informe ATUS	Lider Gestión Participativa y Atención al Usuario
	A 31 de diciembre de cada anualidad realizar 2 socializaciones a supervisores, del Capitulo de Supervisión de Contratos establecido en el Manual de contratación del Hospital.	Manual de supervisión de contratos	Contratos supervisados de acuerdo al manual / total contratos supervisados	1	2	2	2	2	Archivo Contractual.	Lider Gestión Contractual
	A 31 de diciembre de 2021 liquidar el 90% de los contratos correspondientes a vigencias anteriores sujetos de liquidación	Liquidación de contratos	Contratos liquidados / total contratos sujetos de liquidación de vigencias anteriores	1	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Archivo Contractual.	Lider Gestión Contractual
	Formular y gestionar proyectos que permitan la obtención de recursos para implementar un Plan de actualización y renovación de la infraestructura Tecnológica (hardware y software) del Hospital.	Actividades a desarrollar	No. De Actividades realizadas / No. De actividades programadas * 100	N/A	100%	100%	100%	100%	Informe de gestión del proceso de planeación	Lider Gestión de Recursos Fisicos - Lider Planeación

Implementar la tecnología de información y comunicaciones articulada integralmente	Formular y gestionar un proyecto que permita la obtención de los recursos para la adquisición de un software que integre los procesos administrativos y los asistenciales	Actividades a desarrollar	No. De Actividades realizadas / No. De actividades programadas * 100			1	1	1	1	Informe de gestión del proceso de planeación	Lider Gestión de Comunicaciones y TICS
	Fortalecer el Hospital con aplicativos que cumplan con las necesidades de las diferentes áreas.	Aplicativos a desarrollar	No. De aplicativos de desarrollados e implementados / No. De aplicativos solicitados para desarrollar * 100	Se cuentan con aplicativos individuales por área.						Informe de gestión del proceso de planeación	Lider Gestión de Comunicaciones y TICS
	Desarrollar políticas, planes, revisión y seguimiento, evaluación y monitoreo y mejora continua.	Diseñar e Implementar un Plan de Comunicaciones que responda a las necesidades de mejora continua en identidad, imagen y cultura organizacional, al igual que un programa de Comunicación 2.0	% cumplimiento acciones del plan para la anualidad	Acciones del plan realizadas / Acciones ejecutadas	N.A.	1	1	1	1	Informe de avance del plan	Lider Gestión de Comunicaciones y TICS
	Implementar anualmente un plan de seguridad de la información de todo el Hospital.	Cumplimiento actividades del plan	No. De Actividades programadas / No. De actividades realizadas * 100	Se cuenta con los procedimientos de respaldo de la información.	1	1	1	1	Informe de gestión planeación	Lider Gestión de Comunicaciones y TICS	

Elaborado por: _____ Asesor Planeación _____

Visto Bueno : _____ Diana Esther Celedon Sanchez _____
Secretaria

Aprobado por : _____ Jenny Camacho Neuto _____
Presidenta Junta Directiva