



INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LOS PLANES DE ACCIÓN 2019

ÁREA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PLANEACIÓN

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO DE REFERENCIA.....	2
3. OBJETIVOS.....	3
3.1 Objetivo General.....	3
3.2 Objetivos Específicos	3
3.3 Alcance.....	3
4. METODOLOGÍA	3
4.1 Planeación.....	3
4.2 Recolección de la información.....	4
4.3 Análisis de datos	4
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	4
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	2

1. INTRODUCCIÓN

En el presente informe se presenta evaluación y el nivel de avance de los Planes de Acción (POA) definidos en cada una de las áreas Administrativas y asistenciales de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería durante el primer semestre del 2019; en cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 29 parágrafo 2° establece: “Todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y de las funciones que señale la ley un plan indicativo cuatrienal con Planes de Acción anuales que se constituirá en la base para la posterior evaluación de resultados”.

El control del plan de acción debe realizarse tanto durante su desarrollo como al final del periodo de ejecución. Al realizar un autocontrol en medio de su ejecución, el responsable tiene la oportunidad de corregir los objetivos y metas que se hayan desviado de su objetivo esperado. Tras su finalización, el objetivo es establecer un balance para confirmar si los objetivos planeados fueron cumplidos y en qué porcentaje de lo inicialmente planeado.

2. MARCO DE REFERENCIA

- Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 152 de 1994 artículo 29. Establece que: “Todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y de las funciones que señale la ley un plan indicativo cuatrienal con Planes de Acción anuales que se constituirá en la base para la posterior evaluación de resultados”.
- Ley 1474 de 2011 Artículo 74. Plan de acción de las entidades públicas establece que a partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Realizar una evaluación y seguimiento al estado de avance de la ejecución de los planes de acción de cada una de las áreas de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, correspondiente al primer semestre del 2019 en cumplimiento a lo establecido en el artículo 209 de la Constitución Nacional, Ley 152 de 1994, capítulo VII, Evaluación del Plan, Artículo 29, párrafo segundo

3.2 Objetivos Específicos

- Brindar a las diferentes áreas de la institución, entidades del sector salud y población en general, información de la ejecución del Planes de Acción 2019 identificando los alcances de objetivos y metas propuestas por los jefes de áreas o líderes de procesos
- Establecer monitoreo de los avances del plan de acción (POA) en cada una de las áreas tanto administrativas como asistenciales de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería a fin de lograr los objetivos propuestos.
- Identificar oportunidades de mejora en cada uno de los Planes de Acción de las áreas, tanto administrativas como asistenciales de la entidad, y construir Planes de Acción tendientes a mejorar la eficiencia para el logro de los objetivos y metas propuestos.

3.3 Alcance

Realizar evaluación y estado de avance de los objetivos propuestos en los planes de acción – POA - durante el primer semestre del 2019, verificando que las acciones que se están ejecutando sean las correctas y apunten a conseguir los fines propuestos en cada una de las áreas administrativas y asistenciales de la E.S.E. Hospital San Jerónimo en sus Plan de Acción.

4. METODOLOGÍA

4.1 Planeación

Para realizar la evaluación y avance de los Planes de Acción, se llevó a cabo de manera sistemática mediante programación de visitas a cada una de las áreas de la entidad a fin de verificar los soportes de las actividades realizadas en aras de obtener los objetivos propuestos en los Planes de Acción, dichas visitas fueron programadas y comunicadas anticipadamente por medio de oficio a los jefes de áreas o líderes de procesos.

4.2 Recolección de la información

Como herramienta de verificación y recolección de información de los avances obtenidos, se utilizó el “Planes de Acción” elaborado por el jefe del área o líder de procesos de las aéreas respectivas de la entidad, se solicitan los documentos soportes de las actividades realizadas y demás soportes existentes, los cuales hacen parte de los papeles de trabajo utilizados por el evaluador. Las revisiones se realizaron con presencia de los líderes de cada una de las áreas, mediante entrevistas y revisión de las evidencias que soportan las actividades realizadas; de acuerdo a lo anterior se asigna el puntaje de avance obtenido de cada una de las actividades.

4.3 Análisis de datos

Teniendo en cuenta que se planearon 2 evaluaciones al año, el puntaje máximo a asignar por cada evaluación es de 50 puntos, puntaje que indica que todas las actividades programadas fueron ejecutadas cabalmente, dicha calificación es proporcional al número actividades planeadas. Para la asignación del puntaje, se tendrán en cuenta que las actividades estén ejecutadas o que en caso dado se encuentren en proceso y se hayan adelantado las gestiones pertinentes para su ejecución, en este caso se revisan las evidencias que soporten el nivel de avance de las actividades y se les asignará un porcentaje de avance ponderado dentro del total que se asignaría en caso que se ejecutara la actividad en su totalidad, dicho porcentaje depende de lo evidenciado por parte de quien realiza la evaluación.

4.3.1 Tabla de Ponderación

De 0 a 12,49	No Reporta Avance - Crítico
De 12,5 a 24,49	Presenta retrasos en ejecución -Bajo
De 25,5 a 37,49	Avance Medio
De 37,5 a 50	Avance conforme a lo establecido

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Se realizó el monitoreo en las áreas administrativas de la E.S.E. Hospital San Jerónimo, tal como se relacionan a continuación:

- Subdirección Administrativa y Financiera
- Desarrollo del Talento Humano
- Contabilidad
- Facturación
- Cuentas por Pagar
- Control Interno de Gestión
- Control Interno Disciplinario
- Control Interno contable (No POA)
- Área de Cartera
- Mercadeo
- Oficina Jurídica
- Presupuesto
- Tesorería
- Planeación
- Sistema de información y estadística (No POA)
- Archivo y Gestión Documental
- Suministros
- Activos Fijos
- Glosas
- Gestión de Calidad

- Gestión Ambiental

Principales Inconvenientes encontrados

Falta de disponibilidad de algunos jefes de aéreas o líderes de procesos lo cual generó retraso en la culminación de la actividad y reprogramación de las visitas en las aéreas de: Tesorería, Contabilidad, Facturación y Control interno Contable. Una vez realizada la correspondiente visita se procedió a la realización de las correspondientes evaluaciones.

OFICINA JURÍDICA

Funcionario Responsable	Carlos Javier García		
Cargo del funcionario responsable:	Asesor jurídico E.S.E		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Responder oportunamente los derechos de petición radicados en esta dependencia según ley 1755 de 2015.	Número de requerimientos realizados / Número de requerimientos contestados	Derechos de petición contestados: 83	6,25%
1. Contestar las demandas en contra el hospital en los términos de ley y con soporte jurídico. 2. Identificación de procesos existentes. 3. Preparación y asistencia a las audiencias citadas. 4. Identificar en cada uno de los juzgados, los procesos ejecutivos con el fin de solicitar la devolución de los títulos o terminaciones de procesos.	Número de procesos judiciales presentados / número de procesos judiciales asistidos	Demandas presentadas: 11 Demandas contestadas: 7 Oficios para recobrar títulos: 189 Procesos ejecutivos existentes: 54 Terminación de procesos: 0	6,25%
Proyectar los conceptos con soporte jurídico actualizado	Número conceptos solicitados / número de conceptos emitidos	Se emiten los conceptos jurídicos requeridos de forma verbal y escrita a todas las áreas de la E.S.E que lo requieran.	6,25%
Cumplir a cabalidad con todos los procesos de contratación. Elaborar los proyectos de actos administrativos, acuerdos y contratos que deban ser tramitados por la Empresa Social del Estado para el eficiente y eficaz desarrollo de sus funciones	Número de procesos de contratación realizados / número de procesos de contratación requeridos	Número de contratos realizados: 1.066 Contratos de prestación de servicios, suministros, entre otros.	6,25%
Presentación en tiempo de los informes de ley a que haya lugar	Número de informes presentados / número de informes a presentar	Informes presentados a la fecha: 30 Junio 2019 - Auditoria Express 24 de Julio visita a Comite de Procuraduría: conciliación realizada el 5 de abril de 2018	6,25%
Elaborar de manera efectiva la información SIHO	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	Se presentó la información al SIHO en las fechas correspondientes. Se actualizó la plataforma de los 2 primeros trimestres de 2019.	6,25%
Mantener de manera organizada la información del área	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	La información del área se encuentra organizada por carpetas, en la oficina jurídica se encuentran la información Vigente y en las dos oficinas de archivos jurídicos estan las carpetas de años anteriores debidamente rotuladas y separadas por años. Los soportes de ejecución de contratos vigencia 2019 fueron organizados debidamente en cada una de las carpetas.	6,25%
Adelantar todas las gestiones internas y externas que se suscriban en lo planes de mejoramientos existentes con los entes de control	Número de planes suscritos/ número de planes adelantados	Planes de mejoramiento suscritos: 2 Contraloría: Plan de mejorameinto auditoría express vigencia 2019; Auditoria regular vigencia 2018. 1 Procuraduría: Plan de mejoramiento del comité de conciliación de la E.S.E Vigencia 2018.	6,25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50,00%

TALENTO HUMANO

Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de la Actividad	cumplimiento
Identificar las Necesidades de Capacitación y diseñar el plan de capacitación priorizando cada uno de los temas más relevantes para cada una de las áreas de la institución.	N° de capacitaciones programadas / N° de capacitaciones realizadas	En el mes de Abril (3 al 8) se implementó la encuesta Diagnóstico individual de necesidades de capacitación a todo el personal de planta y contratistas para determinar así mismo las principales necesidades de capacitación. Se aplicaron un total de 97 encuestas efectivas.	6,25%
Socializar y ejecutar el plan de capacitaciones de acuerdo a la programación establecida y según los requerimientos de la ese.	Resultado de las evaluaciones de las capacitaciones	Numero de capacitaciones programadas: 25 Número de capacitaciones Realizadas: 25	6,25%
Continuar con la ejecución del plan de trabajo resultante de la evaluación inicial de las actividades de seguridad y salud en el trabajo dándole prioridad a los indicadores que resulten con un porcentaje mas bajo.	Número de componentes evaluados/ Numero total de componentes a evaluar	Durante el período Enero - Junio se reportaron 2 AT calificados como leves, relacionados con riesgo biológico. Se coordinaron las actividades para la intervención de los riesgos prioritarios (Biológico, locativo, biomecánico) como asistencia técnica en la generación de estándares de seguridad, PVE, inspecciones para la detección oportuna de condiciones inseguras y jornadas de formación.	6,25%
Ejecutar las actividades programadas en el plan de trabajo para implementar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Número de actividades desarrolladas/ Número de actividades planeadas	En el grado de la implementación de la gestión se tiene: <ul style="list-style-type: none"> Estructura empresarial: 16,54%. Gestión para el control de incidentes y accidentes de trabajo: 22,73% Gestión en la prevención de enfermedades profesionales: 7,87% Teniendo en cuenta la calificación de los estándares mínimos, la ESE obtuvo una calificación de 84,5%	6,25%
Desarrollar el programa de bienestar social con actividades que propicien condiciones laborales para un mejor desempeño individual de los funcionarios.	Acto administrativo que conforma el comité de Bienestar Social de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería	La resolución por la cual se conformó el comité de bienestar social es Res. 174 del 20 de Septiembre de 2018	6,25%
Propiciar las condiciones laborales y de clima Organizacional necesarias para el desarrollo individual de los funcionarios.	Número de actividades desarrolladas/ Número de actividades planeadas	La batería de riesgos psicosociales se aplicará en el mes de septiembre.	0%
Liderar la realización de la evaluación del desempeño del personal de planta de la E.S.E Hospital San Jerónimo de Montería.	Porcentaje de usuarios internos con resultados en la evaluación del desempeño como Sobresaliente y destacado en el período.	Se realizó la evaluación al total personal de planta de carrera administrativa, desde el 1ro a 23 de agosto.	6,25%
Atender solicitudes, preparar informes, asesorar y resolver asuntos relativos al talento humano, requeridos por la Gerencia, los servidores públicos y por los Organismos de Control.	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	En el mes de febrero se registró el informe correspondiente en la plataforma del SIHO. Informe a contraloría vigencia 2018 presentado el 1 de febrero de 2019	6,25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			43,75%

ACTIVOS FIJOS

Funcionario responsable	Aldemar Urzola		
Cargo del funcionario responsable:	Técnico administrativo activos fijos		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Coordinar el levantamiento de los inventarios de activos fijos de La ESE (actualizar por servicio el inventario de equipos biomédicos, actualizar por servicio el inventario de muebles y enseres).	Inventario actualizado	Se cuenta con el levantamiento del 90% del inventario de activos fijos con su soporte en físico y dinámica gerencial. Formato de responsables de activos fijos por áreera.	7,14%
Emitir informe trimestral sobre las oportunidades de mejora, producto de la verificación e igualmente retroalimentar a las áreas sobre el particular y hacer seguimiento al cumplimiento de las observaciones	Informe sobre oportunidades de mejora emitidos	Envío de oficio de hallazgos sobre custodia de activos fijos y diferencias de activos en hospitalización, enviado a la coordinación de enfermería con copia subdirección científica y administrativa. Envío mediante correo electrónico oficios de traslados de activos fijos	7,14%
Administrar y coordinar los movimientos de activos fijos, llevando el correspondiente registro.	Registro del total de movimientos de los activos	Se evidencia el registro actualizado de traslado de activos fijos del 1er semestre de 2019.	7,14%
Administrar la bodega de almacenamiento de activos fijos (clasificar los activos fijos de acuerdo a su uso y vida útil y custodiarlos)	100 % de los activos clasificados de acuerdo a su uso y vida útil	Se evidencia que el total de los activos fijos de la E.S.E se encuentra clasificado de acuerdo a su uso y vida útil. Se cuentan con las actas de entrega de activos fijos cuando se realizan traslados y se establece como responsable al funcionario de planta del servicio donde se asignó el activo; en los casos en los que no se encuentren funcionarios de planta, se traslada la responsabilidad a la subdirección a la cual pertenece el área. Se evidencia carpeta que contiene formatos de actas de entrega de equipos en la E.S.E.	7,14%
Generar y revisar informe relacionado con depreciación, adquisición, traslado y baja de activos, para posteriormente conciliar con el módulo de contabilidad.	% Insumos necesarios Vs necesidades de la E.S.E	Actualmente no se ha realizado la conciliación con el módulo de contabilidad debido a que se encuentra en proceso de migrar la información al nuevo Dinámica Gerencial y se cuenta con un informe de depreciación de todos los activos del primer semestre de 2019. Se lograron dar de baja a diferentes equipos de computo con apoyo del área de sistemas y se evidencia mediante acta de fecha 08 de febrero. Se contó con el apoyo del área biomédica para dar baja a los equipos médico-científicos, esta actividad se encuentra relacionado en el Acta de fecha 03 de marzo firmada por Giovanni Rojas (ing. Biomédico), Aldemar Urzola (Técnico Activos Fijos) y Gina Nisperuza (Subdirectora Administrativa y financiera). En el primer semestre se cuenta con 22 actas para dar baja a diferentes activos fijos.	7,14%
Realizar capacitación del personal del área de activos	Número de personas capacitadas vs % de cumplimiento del plan de capacitación del área de activos de la ESE	Se realizan capacitaciones al personal en práctica sobre procesos internos del área. Asistencia de personal del área a Capacitaciones y reinducciones.	7,14%
Presentar estos informes en la fecha oportuna de acuerdo con la	% de cumplimiento de los	Informe sobre activos Fijos de los años 2016, 2017, 2018 y 2019 remitido a la subdirección	7,14%

normatividad vigente	informes solicitados	administrativa mediante correo electrónico. (Formato Excel).	
CUMPLIMIENTO PRIMER TRIMESTRE			50%

GESTIÓN AMBIENTAL

Funcionario Responsable	Gladis Adriana López		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional universitario gestión ambiental		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Hacer seguimiento y apoyar la adherencia a los protocolos y procesos relacionados o emitidos desde Gestión Ambiental	Gestiones realizadas (capacitaciones, volantes, oficios, señales informativas, rondas de inspección)	19 de marzo Hospitalización y Bloque A. 1 de Abril Urgencias pediátricas. 1 de Abril Urgencias Adultos. 9 de Abril Quirúrgica 9 de Abril Medicina Interna 10 de Abril Hospitalización 1er piso 10 de Mayo consulta externa. 10 de Mayo Rx, Banco de Sangre y Laboratorio. 10 de Mayo Alrededores de la UTIN 28 de julio Puerperio y Urgencias ginecológicas. 29 de Julio Hospitalización 3er Piso. 29 de julio Hospitalización 2do Piso. 29 de julio Pasillos, cirugía y urgencias pediátricas. Nueva tabla de PGIRS expuesto en las áreas de preparación de hipoclorito del hospital. Oficio del 31 de mayo a empresa de aseo LADOINSA sobre los insumos utilizados para la desinfección en la E.S.E. Llamado de atención mediante oficio de día 04 de julio debido al incumplimiento de protocolo de limpieza y desinfección y falta de insumos. Oficio a Dra Gina Nisperuza el 15 de mayo sobre el resultado de prueba de cloro libre residual. Oficios varios referente a la desinfección del agua de consumo en la E.S.E	8,3%
Gestionar los controles de plagas y vectores requeridos en las diferentes áreas de la E.S.E	Numero de MIP (Manejo Integrado de Plagas) ejecutados	La interventoría de este contrato está a cargo del Dr. Jorge Rey Salamanca.	8,3%
Gestionar los cadáveres en abandono de la morgue y abandonos sociales	Cadáveres estatales gestionados	Se gestionaron: 2 cadáveres en abandono y 3 abandonos sociales	8,3%
Tramitar los diferentes requerimientos que se presenten con respecto al tema de vertimientos	Gestiones realizadas frente a exigencias emitidas por la CVS y PROACTIVA	Oficios varios y estudio de conveniencia para la contratación de los análisis de vertimientos desde el 2015.	8,3%
Liderar procesos de capacitación y sensibilización en los diferentes temas de gestión ambiental	Capacitaciones y medidas de sensibilización ejecutadas	Capacitaciones o sensibilizaciones realizadas en el 1er semestre: 3 capacitaciones.	8,3%
Cumplir con las exigencias de información, que respecto al tema de residuos, deben hacerse a diferentes organismos de control	Informes entregados a Contraloría, CVS, Secretaría de Salud de Córdoba e IDEAM	Informe RH1 a CVS y Secretaría de Salud Febrero 2019 informe a control interno para consolidar enviar a la contraloría Vigencia 2018. Informe a la plataforma IDEAM para generadores de residuos peligrosos - RESPEL. 28 de marzo de 2019.	8,3%

CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE

50%

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

Funcionario Responsable	Jenifer Rivera Bustos			
Cargo del funcionario responsable:	Jefe de la oficina de control interno disciplinario			
Actividad a realizar	Objetivo a conseguir	Indicador de la actividad	evidencias cumplimiento de la actividad	Cumplimiento
Realizar una constante revision de los procesos con el fin de mantener un estudio constante del avance de la actuacion en canto al recuado probatorio y avance de los terminos procesales, evitando el vencimiento de los mismos.	Adelantar y gestionar las actuaciones procesales dentro de los terminos legales establecidos recaudando el acervo probatorio suficiente.	actuaciones activas / actuaciones con terminos vencidos. (medicion del indicador inversa, es decir que para obtener el 100% del cumplimiento su resultado debe ser cero actuaciones disciplinarias con terminos vencidos.)	Se cumple al 100% conforme al cuadro revision de expedientes.	25%
Impartir capacitacion de los aspectos generales al personal de planta de la ESE Hospital San Jeronimo, con el apoyo de la Jefatura de Talento Humano en su programa de induccion y reinduccion.	Lograr en cumplimiento de la actividad preventiva de esta dependencia, que la totalidad del personal de planta de ESE Hospital San Jeronimo, conozca los aspectos generales de la ley 732 de 2002 y las demas que le complementan, con el fin de evitar la comision de conductas constitutivas de falta disciplinaria.	funcionarios de planta / funcionarios capacitados.	Listado de asitencia a la capacitacion realizada el 29 de agosto de hogaño, en punto de los aspectos generales del derecho disciplinario, contemplados en la ley 734 de 2002. y se conto con la asistencia de 46 personas.	25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE				50%

CUENTAS POR PAGAR

Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Recepción de las cuentas de servicios administrativos y asistenciales	100% Anual	Se han recibido las cuentas correspondientes al primer semestre de servicios administrativos y asistenciales. En enero se recibieron 501, en febrero se recibieron 71 caso atípico por contratación de la fecha, en marzo 568 cuentas recibidas, en Abril 455, en Mayo: 593 y en Junio: 462	4,54%
Verificación de los soportes de las cuentas	100% Anual	Se verifican los todos los soportes correspondientes de la cuentas para recibirlas y radicarlas según la lista de chequeo correspondiente.	4,54%
Causación en el módulo de cuentas por pagar del software Dinámica Gerencial, de las cuentas de servicios administrativos y asistenciales, y su respectiva Obligación.	100% Anual	Se causaron el 100% de cuentas recibidas en el 1er trimestre	4,54%
Archivo y Custodia de las cuentas por pagar hasta que se les autorice pagos y sean llevadas al área de tesorería.	100% Anual	Se custodiaron de forma eficiente las cuentas hasta el envío al área de tesorería	4,54%
Depuración de las cuentas por pagar de la ESE	100% Anual	Se realizó un comparativo del inventario físico versus inventario de cuentas en sistema.	4,54%
Elaboración de Informes para entes de control y los solicitados por subdirección administrativa y Gerencia.	100% Anual	Informe de SIHO al 31 de Diciembre de 2018. Rendición de cuentas a contraloría a 31 de Dic de 2018. Informes requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud. Informes requeridos por el agente interventor. Informe SIHIO a junio 30 Informe FT004 a marzo de 2019	4,54%
Conciliaciones con Proveedores de Bienes y Servicios	100% Anual	Se realizó la conciliación con el Proveedor LINDE COLOMBIA S.A. Conciliación Electro Perez	4,54%
Conciliar Saldos del modulo de cuentas por pagar con los Saldos reflejados en Contabilidad	100% Anual	Se conciliaron los saldos a 30 de Junio de 2019 con el área de contabilidad	4,54%
Reportar Información SIHO de manera Oportuna	100% Trimestral	Se realizaron los reportes requeridos por el SIHO de forma oportuna a 30 de junio.	4,54%
Recepción y custodia de las cuentas que se registran desde las áreas de Inventarios y Activos Fijos, y realización de la Obligación en el modulo de Presupuesto	100% Anual	Actividad realizada al 100% en el primer semestre	4,54%
Descargar Pagos mediante Cesiones de Crédito, Embargos Judiciales y Endosos de Facturas.	100% Anual	En el primer semestre no se han presentado.	4,54%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50%

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Funcionario Responsable	Carlos González Herrera		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional universitario de Calidad		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Realizar capacitaciones y sensibilización acerca del Mejoramiento Continuo en los Procesos	% de personas capacitadas	En el mes de abril se realizó Capacitación al personal de enfermería sobre trato humanizado , listado de asistencia y registro fotográfico. Reinducción de los procesos generales de la ESE con el personal de planta.	3,57%
Ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento continuo	% de ejecución del cumplimiento PAMEC	En el primer semestre se llevaron a cabo auditorias de seguimiento e implementación	3,57%
Aplicación de lista de chequeo de verificación de sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud	% de cumplimiento de lista de verificación	Se cuentan con los registros correspondientes y los consolidados mensuales de listas de chequeo aplicadas.	3,57%
Realizar evaluación por medio de indicadores a los procesos y socializar con los coordinadores de áreas	% de cumplimiento de los indicadores de gestión de la ESE	Cuadro de mando integral de todos los indicadores de la ESE administrativos y asistenciales, con seguimiento mensual. Actas de socialización de indicadores en comité de Gerencia a los coordinadores de área.	3,57%
Aplicación de lista de chequeo verificación de la política de seguridad del paciente	% de cumplimiento de aplicación de la política de seguridad del paciente	Listas de chequeo Rondas de seguridad diaria. Sesiones breves de lavado de manos, seguridad del paciente y registros de enfermería.	3,57%
Actualización de la política de Seguridad del Paciente	Documento firmado de la actualización de la política de seguridad del paciente	Se cuenta con una política de seguridad del paciente actualizada.	3,57%
Presentación del informe eventos adversos 2019 clasificados por severidad, frecuencia, servicio)	Informe de incidencia de eventos adversos durante la vigencia 2017 presentado a la subdirección científica	Se reportan de forma mensual los informes de eventos adversos presentados en la E.S.E. Aplicación del formato análisis de eventos adversos según protocolo de londres.	3,57%

Seguimiento mensual de la tasa de incidencia de eventos adversos en las diferentes áreas de la ESE.	Informe de incidencia de eventos adversos mensuales durante la vigencia 2018 presentado a la subdirección científica	Registro y seguimiento de la tasa de incidencia de eventos adversos. Los resultados se analizan en el comité de seguridad del paciente, donde se toman las medidas correspondientes y se adoptan planes de mejora con nuevas estrategias.	3,57%
Socialización de la Política de seguridad del paciente actualizada	Número de personal sensibilizadas en temas de seguridad del paciente	Rondas de seguridad diaria donde se socializa y sensibiliza al personal médico, de enfermería, pacientes y familiares.	3,57%
Aplicación de Encuesta de clima de seguridad del paciente	% de adherencia a la política de seguridad del paciente		0,00%
Implementación de prácticas seguras a los procesos hospitalarios	Número de paquetes instruccionales implementados en la vigencia		0,00%
Elaborar de manera efectiva la información (SIHO)	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	Se encuentra el reporte en la plataforma SIHO a corte del mes de Junio.	3,57%
Verificación y actualización documental del sistema de gestión de calidad de la ESE Hospital San Jerónimo de Montería.	% de actualización del sistema documental de la ESE	Se evidencia cronograma de actualización de procesos. Se evidencian las estructuras funcionales de los servicios de consulta externa y cirugía	3,57%
Medir adherencia en la aplicación de las guías clínicas adoptadas por la ESE Hospital San Jerónimo de Montería	% de adherencia a la utilización y manejo de las guías clínicas	Medición mensual de la adherencia de las guías clínicas	3,57%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			42,84%

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA

Funcionario Responsable:	NEY PATRICIA OROZCO		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional Sistemas de Información y Estadística		
Actividad a realizar	Meta	Soporte	Cumplimiento
Consolidar, analizar indicadores los indicadores de calidad	100% de almacenamiento de información generada en cada una de las área de la ESE.	Cuadro de mando integral de indicadores consolidados y con seguimiento mensual de las áreas administrativas y asistenciales.	16,6%
Enviar informe de indicadores de calidad a los entes de control y Empresas Administradoras de Planes de Beneficio	100% de realización y entrega de Informes	Cargue de Res. 256, Res. 1552, TSH neonatal, SIHO	16,6%
Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	70% Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores de la ESE	Actas de socialización de indicadores por área con sus respectivos listados de asistencia.	16,6%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50%

SUMINISTROS

Funcionario Responsable	CARLOS LLORENTE		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional universitario suministro		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte Actividad	Cumplimiento
Enviar la solicitud de pedidos realizadas a cada uno de los proveedores establecidos.	Número de solicitudes de pedido a realizar / Numero de solicitudes de pedidos realizados	Se evidencian el cumplimiento de esta actividad al 100%, dado que se cuenta con las solicitudes realizadas a los proveedores y las respectivas cotizaciones como respuesta a las solicitudes	8,33%
Gestionar ante la oficina de recursos humanos Capacitación al personal de suministro	Número de capacitaciones requeridas / Número de capacitaciones solicitadas	Se evidencia la definición de las capacitaciones requeridas al personal del área de suministros, se encuentra en proceso el envío de las necesidades al área de Talento Humano para definir el plan de capacitaciones.	8,33%
Realizar un análisis de cada uno de los centros de costos y elaborar un informe bimensual para remitir a la subdirección administrativa para la toma de decisiones	Número de centros de costos / Número de análisis de costos	Se cuenta con el informe del análisis de cada uno de los centros de costos y se evidencia el envío de dicho informe a la Dra Gina Nisperuza en Subdirección Científica con fecha 31 de marzo de 2019	8,33%
Presentar los informes de ley en la fecha oportuna de acuerdo con la normatividad vigente	Número de informes de Ley anuales / Número de Informes de Ley elaborado	Se elaboraron en el mes de Enero el informe del SISMED El plan anual de adquisiciones que se encuentra en la página para la vigencia 2019. Rendición de cuentas contraloría en los concerniente a Compra de Insumos hospitalarios	8,33%
Realizar la evaluación a los proveedores de bienes para verificar tiempos de entrega, calidad de los productos entregados y capacidad de respuesta.	Número de evaluaciones de proveedores realizados / sobre numero de proveedores de la E.S.E.	Se han llevado a cabo las evaluaciones a proveedores con el fin de evaluar la prestación de sus servicios. Se adjuntas 4 evaluaciones a proveedores	8,33%
Llevar un control de todos los contratos de suministro de bienes que se firmen con los diferentes proveedores de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería	Numero de actas elaboradas / Numero de contratos firmados con la E.S.E.	Se hace mediante la elaboración del acta de recibo a satisfacción, donde se discrimina N° de contrato u ordenes de compra, valor del contrato, lo facturado del contrato, el saldo del contrato o saldo a liberar. Se adjunta soportes de la actividad.	8,33%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50,0%

PLANEACIÓN

Funcionario Responsable	JORGE REY SALAMANCA		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional Área de planeación		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte	Cumplimiento
Coordinar la elaboración y consolidación de Planes de Acción de las diferentes dependencias de la entidad	Número de dependencias/ Número de POAs elaborados	Se cuenta con el 100% de planes de acción de las áreas administrativas y asistenciales	6,25%
Presentación oportuna de los documentos y/o informes requeridos por norma por los diferentes entes gubernamental	Número de requerimientos /Número requerimientos contestados	Se evidencia el cumplimiento en la entrega de informes requeridos por el grupo interventor, Contraloría, publicación de documentos de la Dependencia que de acuerdo a la normatividad se requieren que sean publicados en la página WEB.	6,25%
Realizar acompañamiento a la actualización del sistema MECI durante la vigencia 2019	Número de productos a actualizar/Número de productos actualizados	Actualización del plan anticorrupción, mapas de riesgos, planes de acción y demás productos que corresponden a las áreas de la entidad.	6,25%
Formular proyectos de inversión en la metodología MGA Web para gestionar recursos ante los entes gubernamentales del orden Nacional y Territorial.	Número de proyectos formulados	Elaboración de proyecto de adquisición de equipos medicos para la ESE, fue presentado a la Secretaría de Desarrollo de la Salud y se esta a la espera del concepto técnico.	6,25%
Consolidar con las diferentes dependencias la elaboración de proyectos de cofinanciación aplicando las metodologías establecidas para alcanzar las metas propuestas en el plan de desarrollo.			6,25%
Velar porque el Plan de desarrollo de la entidad se ejecute acorde al Plan de Acción elaborado por la Gerencia	Número de objetivos del Plan de Desarrollo / Número de objetivos ejecutados	Se evidencia el seguimiento a través de los planes de acción a cada una de las áreas de la ESE.	6,25%
Participar en la evaluación y análisis de los indicadores de gestión de la empresa presentar al gerente las áreas críticas identificadas y proponer mecanismos de ajuste.	% cumplimiento de indicadores	Se evidencia el seguimiento y consolidación de los indicadores de gestión de las áreas administrativas y asistenciales	6,25%
Coordinar el reporte de informe SIHO y prestar apoyo en el reporte de informes a entes de control en caso que se requiera.	Oportunidad en el reporte de informe SIHO	Se evidencia el reporte en la plataforma SIHO de los informes correspondientes	6,25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50,00%

CONTABILIDAD

Funcionario Responsable	Cristina Alvarez		
Cargo del funcionario responsable:	Contadora		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Efectuar la revisión periódica aleatoria de los registros causados por las diferentes áreas, par determinar su adecuada clasificación.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Actividad que tiene cumplimiento diario, en donde se verifica y reclasifican las cuentas	5,55%
Hacer trimestralmente la conciliación de las partidas incorporadas en los estados financieros en las demás áreas de la entidad	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Se realiza la conciliación de las partidas mensualmente	5,55%
Revisar, evaluar y consolidar la información suministrada por las diferentes dependencias del área financiera, efectuando los correctivos necesarios.		Se revisa, evalúa y corrige la información suministrada del área financiera de forma mensual	5,55%
Monitorear la aplicación de la resolución 414 de 2014 e informar a la administración sobre alguna anomalía al respecto.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Se continua el monitoreo de la resolución 414 de 2014 para realizar la reclasificación a las cuentas nuevas.	5,55%
Actualizar el plan de cuentas cuando la contaduría general de la nación efectue cambios por eliminación, incorporación o modificación de algunas de ellas.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	No se ha realizado modificación del plan de cuentas desde 2017 por parte de la Contaduría General de la Nación	5,55%
Generar los estados financieros de la E.S.E acorde a lo normalizado por la contaduría general de la nación.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Se generan y verifican las cuentas y valores, en los casos que se encuentren modificaciones o cambios se reclasifican como corresponda para luego generar los estados financieros correctos y ser presentados.	5,55%
Presentación de informes trimestrales sobre el estado de la actividad económica y demás componentes de los estados financieros.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Se presentan trimestralmente: Informe CHIP, que es presentado a la contaduría General de la Nación. Informe SIHO al Ministerio de Salud. Se evidencia el cumplimiento de los mismos	5,55%
Elaborar y presentar trimestral y anualmente a los usuarios externos (contaduría general de la nación, supersalud, minsalud y contraloría), los informes que sean requeridos al área de la contabilidad.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Informe CHIP, que es presentado a la contaduría General de la Nación. Informe SIHO al Ministerio de Salud.	5,55%
Elaborar y presentar de forma oportuna los informes de ley y toda la información requerida por los entes de control y áreas internas de la E.S.E.	Garantizar que los estados financieros estén acorde a la normatividad vigente establecida por la contaduría general de la nación.	Se evidencia el cumplimiento del envío de informes periódicos obligatorios a los entes de control y demás requeridos por el Agente y equipo Interventor.	5,55%
CUMPLIMIENTO PRIMER TREMESTRE			50,0%

PRESUPUESTOS

Funcionario Responsable	Juan Carlos Posada		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional Universitario de presupuestos		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Realizar el proyecto de presupuesto de la Institución y presentarlo a las instancias pertinentes	(No de proyectos presentados / No de proyectos Aprobados) X 100	La actividad está programada para el último trimestre del año.	8,3%
Verificar la existencia de Disponibilidad Presupuestal para la adquisición de bienes o servicios, previa autorización del Subdirector administrativo y financiero		El 100% los bienes y servicios adquiridos por la E.S.E cuentan con disponibilidad y registro presupuestal	8,3%
Elaborar la resolución de traslado presupuestal	(No de Traslados solicitados / No de Traslados realizados) X 100	Se han elaborado 3 resoluciones de traslado presupuestal. Resolución 031, 068 y 094	8,3%
Entregar informe presupuestal Anual	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	Se hizo la entrega del informe presupuestal anual de la vigencia 2018 en el mes de febrero a la contraloría.	8,3%
Elaborar de manera efectiva la información (SIHO)		Se encuentra reportado la información en el SIHO a corte Junio.	8,3%
Presentar información solicitada por los entes de control dentro de los términos estipulados.	(No de Informes atendidos oportunamente / No de Informes solicitados) X 100	Se evidencia que el 100% de los informes solicitados han sido contestado de manera oportuna dentro de los términos correspondientes.	8,3%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50,0%

TESORERÍA

Funcionario Responsable	Pablo Solano		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional Universitario tesorería		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte	Cumplimiento
Registro y control de los recaudos de la entidad	Informe Mensual de Tesorería	Recibos de caja y comprobantes de consignación ingresados al sistema.	6,25%
Realizar archivos planos y dispersiones de nómina, proveedores y servicios por medio del portal empresarial		Mensualmente se realizan las dispersiones de nómina para pagos.	6,25%
Elaboración de cheques a proveedores y servicios.		Cada vez que se requiera	6,25%
Oportunidad y control en el pago de los gastos de funcionamiento de la Entidad		Pagos realizados se evidencia por medio de los comprobantes de egresos y órdenes de pago.	6,25%
Realizar los listados resumen de recibos de caja de forma diaria y registrar los movimientos en el software institucional		Se realiza la actividad de forma diaria y se evidencia con los listados resumen de recibos de caja.	6,25%
Identificación de los diferentes pagos efectuados por las entidades que tienen vínculo contractual con la ESE		Se evidencian mediante la nota contable de la transferencia ó el extracto bancario.	6,25%
Realizar seguimiento mensual a las conciliaciones con las diferentes áreas en relación con el control de los recursos.		Soportes de movimientos de banco frente auxiliares banco - auxiliar de banco frente a auxiliar de tesorería	6,25%
Rendir periódicamente informes sobre movimientos de ingresos y egresos, a las entidades delegadas para tal fin.		Se reportan de forma mensual los ingresos a la gerencia y a la subdirección administrativa.	6,25%
CUMPLIMIENTO 1ER SEMESTRE			50,00%

CONTROL INTERNO CONTABLE

Funcionario Responsable:	Isbelia Herrera Paez		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional universitario control interno contable		
Actividad a realizar	Objetivo a conseguir	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Se realizara auditoría con el fin de verificar que las objeciones sean registradas en el sistema DG, revisar que el saldo que arroja el modulo de glosas sea consistentes con los registrados en los estados Financiero	Que las objeciones sean contestadas dentro de los términos estipulados , y así minimizar el no de glosas.	Seguimiento de resultados de auditorias anteriores.	6,25%
Verificar que los saldos de cartera sean razonables con los reportados en los estados financieros , que se le de aplicabilidad al nuevo marco normativo, políticas Contables Resolución 414, que la depuración de Cartera sea Permanente.	obtener una cartera real depurada 100%	Seguimiento realizado a las cuentas de cartera versus contabilidad.	6,25%
Verificar la consistencia de los saldos de Facturación VS estados Financieros verificar que la Facturación se radique en un 100%	Que la Facturación sean radicada en un 100%	Mediante seguimientos mensuales realizados a la facturación versus los estados financieros.	6,25%
Verificar que los saldos de tesorería, sean razonables con los reportados en los estados Financieros, verificar que exista una adecuada presentación del efectivo y bancos, se realizan los arqueos de Caja.	Tener unos saldos de tesorería razonables acorde con los estados Financieros.	Se realizó auditoría y se hará el seguimiento respectivo, revisión mensual de las conciliaciones bancarias.	6,25%
Constatar mediante inspección física que los bienes de la E. S.E se encuentren registrados en el sistema, verificar la depreciación de la propiedad	Que haya buena proyección del presupuesto	Inspección física aleatoria.	6,25%
Verificar que los saldos de las cuentas de suministro sean razonables con los reflejados en los estados financieros, se realizaran los inventarios de ley.	Lograr que los saldos de suministro sean razonable y dar cumplimiento a las políticas, resolución 414	Mediante seguimientos.	6,25%
Elaborar de manera efectiva la información solicitada por los entes de Control	Presentar información solicitadas por los entes de control dentro de los términos estipulados.		
Constatar mediante inspección física que los bienes de la E. S.E se encuentren registrados en el sistema, verificar la depreciación de la propiedad, planta y equipo, que exista una adecuada clasificación, que los saldos de la cuenta propiedad, planta y equipo, sean razonables con los reflejados en los estados financieros	Obtener saldos reales , depuración permanente a la propiedad, planta y equipo.	Se realiza mediante seguimientos trimestrales.	6,25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			43,8%

FACTURACIÓN

Responsable:	Teresa Alvarez		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional universitario facturación		
Actividad a realizar	Objetivo a conseguir	soporte Actividad	Cumplimiento
Solicitar las bases de datos a todas las EPS de referencia y a la secretaria de salud / Identificar a que entidad le pertenecen los usuarios atendidos.	Identificación del 100% de los pacientes / Identificación de la EPS o ente territorial al que le corresponde facturar.	La E.S.E a través de. Las plataformas de las EPS hace la verificación de los usuarios de sus bases de datos. Cumplimiento del 100% en primer semestre	3,6%
Hacer seguimiento a las solicitudes de las autorizaciones. Solicitar las autorizaciones en los tiempos establecidos de acuerdo a la norma/ Autorización de todos los servicios prestados.	Autorizaciones del 100% de los servicios prestados	Se hace seguimiento con las EPS en un 95% de las autorización, quedan inconsistencias por los hijos de "No Registrados"	3,6%
Auditoria de cuentas a las pre facturas una vez se de el egreso / Egresos liquidados dentro del mismo mes de la prestación del servicio.	Liquidación de las facturas de todos los servicios facturados.	Se tiene realizando a esta laboral a 2 auditoras de cuentas contradas por OPS que cubren todos los centros de constos de facturación de urgencias y hospitalización.	3,6%
Consecución de los aportes de los servicios ordenados y facturados / Cruce de la historia clínica vs la pre factura antes de liquidarla.	No glosas por falta de soportes	Se hace la revisión a las pre-facturas vs Historias clínica , así como la con secución de los soportes. Se tienen inconsistencias con los de imagenología por falta de contratación.	3,6%
Asignación de turnos de acuerdo a la demanda de facturación y citas médicas.	Mayor facturación y satisfacción del usuario	Se le asignan las citas al 100% de la demanda diaria de consultadas	3,6%
Validación de todos los RIPS de la facturación / utilización de las plataformas y validadores establecidas.	No devolución por RIPS	Se utilizan las platafrotmas y se validan los RIPS a el 100% de las facturas cada mes.	3,6%
Hacer revisión y auditoria a la pre factura una vez se hay realizado el egreso.	Facturar mensualmente los servicios prestados	Se hace revisión a la auditoria una vez se egresa al paciente.	3,6%
Revisión con la historia clínica de que todo lo ordenado este facturado	Facturar el 100% de los servicios facturados	Se realiza a través de las auditorias.	3,6%
Radicación de la facturación pendientes por radicar y la del mes respectivo	Radical dentro del mismo mes la facturación correspondiente	Se radica lo pendiente y lo de vigencias anteriores de acuerdo a conciliaciones de cartera.	3,6%
Realización de comité de seguimiento al proceso	Seguimiento al proceso / realizar seguimiento al proceso de facturación con cartera y auditoria	Se realizan reuniones de socialización del al proceso a corde con el inicio de la contratación.	3,6%
Elaborar de manera efectiva los informe requerido por los entes de Control	Presentar el informe anual de Facturación a la Contraloría	Se elaboran los informes dentro los tiempos establecidos. PGIHRS Y entes de control	3,6%
Elaborar de manera efectiva la información (SIHO)	Reportar Información SIHO de manera Oportuna	Se realiza el SIHO cada trimestre	3,6%
Realización de conciliación de saldos de contabilidad	Realizar cuadros trimestrales con el área de contabilidad	Todos los meses se concilian saldos con el área de contabilidad.	3,6%
Hacer seguimiento a la factura y solicitar conciliaciones para su radicación	Depuración de los saldos de facturas sin radicar	Todos los meses se concilian saldos con el área de cartera.	3,6%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50%

ARCHIVO Y GESTIÓN DOCUMENTAL

Responsable:	BRIANDA OLIVARES		
Cargo del funcionario responsable:	Profesional de apoyo archivo		
Actividad a realizar	Objetivo a conseguir	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Organizar las historias estratégicamente en los respectivos archivos de acuerdo al ciclo vital en que se encuentran, están organizadas pero deben reorganizarse de acuerdo a la normatividad.	Evaluar los archivos de gestión de historias clínicas (organizados - pendientes por organizar); puesto que la falta de espacio no permite la clasificación por ciclo vital.	Número de historias clínicas organizadas en el 1er trimestre: 60%	6,25%
Organizar la infraestructura física de los depósitos de archivo en especial el archivo histórico que se encuentra en estado crítico en este momento.	Se encuentran proyectadas las soluciones del mejoramiento de la infraestructura acorde con las condiciones mínimas exigidas por la normatividad vigente.	1. Se dispuso un lugar para el funcionamiento del archivo de la ESE Hospital San Jerónimo. 2. Se unifican todos los archivos de la ESE como lo estipula la norma.	6,25%
Custodia y entrega oportuna de la correspondencia enviada y recibida de la ese de acuerdo a las políticas de archivo	Asegurar la custodia y entrega oportuna de la correspondencia enviada y recibida de la ese de acuerdo a las políticas de archivo	Tiempo que transcurre entre la llegada de la correspondencia y la entrega a los destinatarios: INMEDIATO	6,25%
Suministrar toda la información requerida por los entes de control y las áreas a nivel interno de la ese, de acuerdo al manual de archivo y política de seguridad de la información.		Se suministró el 100% de los informes requeridos por los entes de control y a nivel interno.	6,25%
Realizar jornadas estratégicas con el personal del área de archivo para así proceder a la respectiva intervención del fondo documental.	Intervenir e inventariar el fondo documental acumulado	Inventario de fondo documental acumulado: SE ENCUENTRA EN UN 50% LA INTERVENCIÓN	6,25%
Implementar el PINAR y el PDG	Clasificar y describir la documentación en todas sus fases y llevar a cabo el proceso de gestión documental en su totalidad como lo estipula la norma.	EN UN 50%	6,25%
Implementar la normatividad archivística partiendo de la ley 594, Acuerdo 07 de 1994, Resolución 0839 de 2017 entre otras.	Generar acciones de mejora para el proceso del sistema integrado y de conservación SIC	A diario se trabaja tanto en la implementación como en plan de mejoramiento de los procesos de archivo y gestión documental.	6,25%
Tomar los respectivos correctivos, sensibilizar a todos los funcionarios de la importancia de la preservación de la información.	Realizar la implementación de la gestión documental electrónica, con el fin de garantizar la confiabilidad de la información.	Se está trabajando en la implementación de las capacitaciones constantes para todo el personal de la ESE.	6,25%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50,00%

PATOLOGÍA

Responsable	ARACELY FLOREZ GONZÁLEZ		
Cargo del funcionario responsable:	Patóloga		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Realizar los exámenes patológicos de los especímenes con la finalidad de emitir un diagnóstico (exámenes provenientes de sala de cirugía, sala de parto o muestras de otras entidades con las que se tenga contrato)	Satisfacción del usuario	De enero a junio se realizaron 2400 exámenes aproximadamente	5%
Disponibilidad para la realización de autopsias requeridas los fines de semana y/o festivos	Realizar el 100% de las autopsias requeridas de forma oportuna	se realizan el 100% de autopsias que se requieran los fines de semana y/o festivos.	5%
Coordinar la recolección de las muestras provenientes de cirugía y asegurar su cadena de custodia.	Formato de registro de muestras	Se cuenta con registro interno actualizado del primer semestre de las muestras recogidas, así mismo en el área de cirugía se lleva un registro alterno.	5%
Registrar en el formato de registro diario todas las muestras de patología.	Formato de registro	Se cuenta con el registro diario el cual asigna un número consecutivo a cada estudio.	5%
Entregar oportunamente los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados (10 días hábiles)	Oportunidad en la entrega de resultados (10 días hábiles), meta del 90%	Oportunidad de entrega de resultados es de 10 días hábiles, el 90% se estudios se entregan en este tiempo.	5%
Revisar en junta de patólogos casos difíciles	% Casos difíciles presentados	Una vez se presente un caso difícil se realiza la junta de patólogos. Se han presentado casos en los cuales se deben reportar al dermatopatólogo en la ciudad de Bogotá	5%
Reportar incidentes, eventos adversos y/o accidentes de trabajos	Análisis de eventos adversos	No se han presentado en el primer semestre pero el personal está capacitado sobre la Guía de reacción inmediata frente a un evento adverso	5%
Participar en los comités institucionales requeridos	Seguimiento a comités institucionales	Se asistió al 100% de los comités a los que fueron convocados	5%
Realizar capacitaciones al personal del área e inducciones de personal nuevo	Capacitaciones ejecutadas frente a capacitaciones programadas	En el primer semestre se realizaron 3 capacitaciones: Socialización del transporte de muestras, Recepción de las muestras e identificación del paciente, socialización del protocolo de seguridad del paciente. Se evidencia acta de reunión y listado de asistentes.	5%
Hacer control al mantenimiento de los equipos	Seguimiento a mantenimiento de equipos	El cronograma de mantenimiento biomédico en el primer semestre se realizó en un 100%	5%
CUMPLIMIENTO DEL PRIMER SEMESTRE			50%

BANCO DE SANGRE

Responsable	TERESITA URIBE		
Cargo del funcionario responsable:	Coordinador Banco de Sangre		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soporte de Actividad	Cumplimiento
Trabajar , para dar a conocer el Banco de Sangre a toda la comunidad; Educar a la comunidad Hospitalaria para convertirse en Donantes Voluntarios Habituales y en Promotores de la Donacion Voluntaria; Realizar jornadas de Donacion en sitios fuera de la ESE , teniendo en cuenta la frecuencia para que las Donaciones se realizen por lo menos dos veces cada doce meses.	% incremento de donantes habituales	Antes de las campañas de donación se debe realizar una sensibilización, para el primer semestre se realizaron 42 Jornadas de educación a la comunidad Jornadas de donación fuera de la E.S.E: 42 Jornadas de donación dentro de la E.S.E: 0	12,5%
Verificar la adherencia a los protocolos existentes con el fin de asegurar la adecuada prestación del servicio.	Adherencia a los protocolos Aplicación de lista de chequeo /	Se evidencian auditorias para medir la adherencia, se realizaron el mes de febrero y abril a todas las áreas del banco de sangre.	12,5%
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos utilizados en el área y las condiciones de la infraestructura	Ejecución del plan de mantenimiento preventivo (equipos biomédicos - infraestructura)	Se realizó traslado de una Microcentrífuga al área de laboratorio en el mes de mayo. Reporte al área biomédica para realizar mantenimiento correctivo a una Nevera marca Harris. Cumplimiento del plan de mantenimiento en el 1er semestre en un 100% y se cuenta con el soporte del trabajo realizado. Se cuenta con las hojas de vida de todos los equipos de banco de sangre junto con certificados de calibración y registros de mantenimientos.	12,5%
Realizar cronograma de jornadas de Capacitacion	Porcentaje de cumplimiento del plan de capacitacion del Banco de Sangre de la ESE.	Se cumplio el programado de 1 capacitación mensual al personal de banco de sangre. Enero: Nuevos lineamientos en la selección de dotantes. Febrero: Herramientas estadísticas en control de calidad interno. Marzo: Algoritmo de donantes doblemente reactivos y reacciones adversas a la transfusion. Abril: Reactivo vigilancia. Mayo: Buenas prácticas en banco de sangre. Junio: Actualización en inmunohematología	12,5%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50%

EPIDEMIOLOGÍA

Funcionario responsable:	KARINA NEGRETE GUZMAN		
Cargo del responsable:	Epidemióloga		
Actividad a realizar	Indicador de la actividad	Soportes	Cumplimiento
Realizar ronda diaria de supervisión por cada área del Hospital en búsqueda de eventos de interés en salud pública	# casos captados/ total de casos presentados	En el primer semestre se captaron 755 eventos de interés de salud pública de 770 en total.	3,8%
Diligenciamiento completo y oportuno de cada eventos de interés en salud pública	# fichas diligenciadas/ total de eventos presentados	Se diligenciaron 755 fichas de 770 casos presentados.	3,8%
Entrega de manera oportuna de fichas de notificación obligatoria al área de farmacia que sean requeridas para medicamentos de control epidemiológico	# de fichas entregadas a farmacia/ # de eventos que requieren medicamentos de control	Se entregaron al área de farmacia 126 paquetes de malaria y 22 paquetes de tuberculosis. En total fueron 148 fichas entregadas a farmacia.	3,8%
Ingreso a SIVILA de cada ficha de notificación Obligatoria de manera oportuna y con calidad	# fichas Ingresadas al SIVIGILA/ Total fichas diligenciadas	755 fichas ingresadas al SIVIGILA	3,8%
presentar de manera mensual el comité de vigilancia epidemiológica presentando indicadores epidemiológicos y diagnóstico situacional de la ESE ante los miembros del comité	# de comités presentados/ total de comités estipulados por resolución	5 Comités desarrollado en el primer semestre de los 6 obligatorios	3,8%
Presentar de manera mensual el comité de vigilancia en Infecciones Intrahospitalarias presentando indicadores y diagnóstico situacional de la ESE ante los miembros del comité	# de comités presentados/ total de comités estipulados por resolución	5 Comités desarrollado en el primer semestre de los 6 obligatorios	3,8%
Asistir de manera mensual a los comités citados por la secretaria de salud Municipal y departamental.	# asistencia a comités citados /total comités citados por la SMS y SDS	Se asistió a 8 comités citados por la secretaria de salud municipal y departamental, en los meses de marzo a junio.	3,8%
Realizar análisis de los casos de Mortalidad por eventos de interés en salud pública que así solicite el INS	# de análisis por mortalidad por salud pública realizados/ total de análisis realizados que han sido requeridos	26 análisis de mortalidad por salud pública. Se analizan mortalidad perinatal, mortalidad materna, malaria, tétanos, intoxicaciones, varicela y accidente ofídico.	3,8%
entrega de bases de datos de SIVIGILA e IAAS al área de estadística	# bases de datos enviadas/ # total de bases de datos requeridas	Se reporta de forma mensual al área de estadística las bases de datos de SIVIGILA y IAAS mediante correo electrónico.	3,8%
Entrega de Boletines e informes relacionados con alertas sanitarias o brotes, informes epidemiológicos de interés en salud pública	# boletines realizados y enviados / # boletines estipulados en un periodo de tiempo dado	<ul style="list-style-type: none"> Boletín de consumo de antibióticos en UCI. Informe de migrantes Informe de situación de maternidad en el hospital Perfil Epidemiológico 	3,8%
Recibir la asistencia técnica y visitas de auditoría en vigilancia epidemiológica de las EPS y Secretarías de salud	# de asistencias técnicas y visitas recibidas/ # visitas realizadas	Se evidencian 2 actas de asistencia técnica de la Secretaría de salud.	3,8%
Realizar periódicamente (mensual) BAI a través del SIANIEPS	# casos notificados al SIVIGILA/ # casos detectados por RIPS	En el primer semestre se reportaron al SIVIGILA 755 de 770 RIPS	3,8%
Socializar a los médicos tratantes los cambios en los lineamientos establecidos por el MSPS y el INS cuando así sea pertinente	# socializaciones realizadas / cambios en lineamientos o guías	Se evidencian mesas de trabajo con las áreas de Medicina interna, pediatría y Ginecología.	3,8%
CUMPLIMIENTO PRIMER SEMESTRE			50%

SIAU

FUNCIONARIO RESPONSABLE:	Denis Acosta		
ACTIVIDADES A REALIZAR	OBJETIVOS	SOPORTE DE ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO
Atender en forma personalizada a los usuarios, garantizando la oportuna canalización y resolución de las peticiones.	Brindar a los usuarios una atención equitativa e integral, orientada al restablecimiento de su condición de salud en un ambiente adecuado, cómodo y seguro.	Se atienden de forma diaria a los usuarios que acuden a la E.S.E, organizandolos de forma conrrecta para agilizar los procesos y se les orienta según lo requerido.	12,5%
Hacer uso de los formatos de registro de peticiones (quejas, sugerencias, reclamos), como instrumento básico para la operación y mejoramiento de los procesos.		Se cuentan con buzones de sugerencias para la recepción de PQRSF, así como el correo electrónico institucional. A los buzones se les da apertura de forma semanal en compañía del representante de la alianza de usuarios y 2 funcionarios del SIAU.	12,5%
Diseñar y desarrollar estrategias orientadas hacia la humanización de los servicios, al desarrollo de herramientas de protección de los derechos y deberes derivados de la afiliación al sistema, portafolio de servicios y nuevas concepciones en la relación paciente – prestador.		Se forma diaria se realiza socialización a los usuarios de los deberes, derechos y portafolio de servicios de la E.S.E. Como soporte de la actividad se lleva una planilla de socialización que cuenta con la firma de los usuarios.	12,5%
Recepcionar, clasificar, procesar, sistematizar, analizar e informar con criterio cualitativo y cuantitativo la información proveniente del usuario, grupo o comunidad que alimentan el proceso de toma de decisiones.		Se da el trámite correspondiente a las PQRSF, se consolidan y presentan de forma mensual en el comité correspondiente al SIAU.	12,5%
CUMPLIMIENTO SEMESTRE			50,0%

Subdirección Administrativa y Financiera

El plan de acción de la subdirección administrativa está conformado por 12 actividades tipo macro encaminadas a orientar los procesos administrativos y financiero de la entidad que deben ejecutar las áreas adscritas a esta dependencia

Actividad No.1. Hace referencia al diseño e implementación de la política del daño antijurídico en la entidad, existe un acto administrativo en el cual se reglamenta la política de daño antijurídico, la cual será ajustada y se adoptará un nuevo acto administrativo, lo que está programado para el segundo semestre del año 2018.

Actividad No.2. En cuanto al fortalecimiento de los procesos de defensa judicial para minimizar el impacto financiero a la entidad la oficina jurídica cuenta con un cuadro de control de procesos en el que se registran 102 procesos en contra de la ESE, para su control se revisa diariamente en la página el estado de los procesos y las novedades que se reportan, para esto se dispone de un abogado que se encarga de revisar diariamente en la página web de los juzgados, hacer seguimiento y asignarlo a los demás abogados del área. Las demandas son contestadas en los términos de ley, se hace seguimiento a la asistencia a las audiencias citadas por parte de los asesores externos. En el área se dispone de un grupo de profesionales que tienen como labor solicitar en cada uno de los juzgados los procesos ejecutivos con el fin de solicitar la devolución de los títulos o terminaciones de los procesos, esto se corroboró a través de documentos y citaciones.

Actividad No. 3. En cuanto a los comités institucionales de la E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería, para el primer trimestre se programaron 43 comités de los cuales se llevaron a cabo 22, para un porcentaje de cumplimiento del 51%. Este seguimiento se realiza con el apoyo de la oficina de planeación quien se encarga de recopilar y mantener informada a la subdirección del estado de los procesos.

Actividad No. 4, 5, 6,. En cuanto al seguimiento y aplicación de procedimientos de selección de personal, inducción reinducción y programa de capacitación del año, se llevó a cabo el comité COPAST y el comité de desarrollo institucional en los cuales se identificó como una de las falencias el proceso de inducción, re inducción y capacitación del personal y se establece como compromiso la implementación del programa de capacitaciones, como acción inmediata para el mes de junio se programaron 8 horas de capacitación sobre riesgo biológico dirigida al personal asistencial.

Actividad No. 7. Se hace seguimiento permanente a la facturación con el área de cartera, así mismo, se lleva a cabo el comité de saneamiento fiscal y financiero; la facturación ha disminuido este trimestre frente al trimestre inmediatamente anterior debido a que la producción ha disminuido, generado principalmente por el proyecto de remodelación que se viene adelantando en la ESE.

La facturación se está realizando conforme a los parámetros normativos el porcentaje de facturación para el primer trimestre (enero a marzo) se ha mantenido en un promedio del 95.5%, cumpliendo con la meta del indicador planteado.

Actividad No. 8. Con el fin de hacer seguimiento a los parámetros de seguridad de la información y demás servicios de TI, la subdirección administrativa mantiene comunicación permanente con el ingeniero encargado del área y se le solicita el reporte de información a la subdirección en cuanto al estado de los sistemas y los eventos de fallo que se presentan; existe un plan de trabajo en el área de sistemas.

Actividad No. 9. Se hacen reuniones permanentes con cartera y facturación a fin de hacer seguimiento al proceso de recaudo, facturación y glosas, se revisan registros de reuniones y actas de comité de saneamiento fiscal y financiero.

Actividad No 10. Hacer control al proceso de depuración de las cuentas por pagar de la ESE, para realizar el proceso de saneamiento contable, se realiza la causación en el módulo de cuentas por pagar del software dinámico, administrativo y asistencial, se causan todas las cuentas anteriormente se presentaban falencias en el proceso el cual ha mejorado considerablemente. Esta actividad se está ejecutando adecuadamente. Existe un archivo y custodia de las cuentas por pagar hasta que se les autorice el pago y sean llevadas al área de tesorería, se cuenta con un archivador en el cual se custodian las cuentas de acuerdo al protocolo de seguridad hasta que sean remitidas al área de tesorería para su posterior pago.

Actividad 11. Para el control y seguimiento de los informes solicitados por los diversos entes de control se hace una labor permanente, debido a la importancia de estos reportes la subdirección administrativa y financiera en ejercicio de sus funciones se encargará de coordinar el envío de la información que debe ser suministrada por cada una de las áreas; durante este primer trimestre se hizo una serie de requerimientos por parte de la Contraloría departamental vigencia 2018, la información requerida se solicitó a cada una de las áreas de la ese, para su consolidación y envío, esto se solicitó el 8 de marzo mediante el oficio No. 500.41.01.69.18, así mismo, se atendió la visita de la superintendencia de salud. Se evidencia compromiso y gestión por parte de la subdirección administrativa y financiera en la atención a los requerimientos de los diversos entes de control y apoyo a la gerencia en la atención de respuesta oportuna de los mismos.

Actividad No. 12. En el mes de enero se llevó a cabo el comité de desarrollo administrativo en el cual se le hizo seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos en la institución con la oficina de control interno y con los entes de control externos.

Se reporta un nivel de avance del 16.3% frente a un 25%.

5.2 Coordinación de Enfermería

Este plan de acción tiene formulado tres objetivos y siete actividades a realizar y tres indicadores de gestión, con relación al objetivo 1. Implementar en los procesos de enfermería un enfoque humanizado este objetivo se complementa con la actividad de Capacitar al personal de enfermería sobre cuidados humanizado como objetivo esencial del servicio, se evidenció que la jefe del área tiene programada capacitaciones para el mes de abril sobre temas orientados a buen trato de los pacientes, para hacer seguimiento y control a esto se diseñó el formato "evaluación de trato humanizado" a partir del mes de junio.

Con respecto al objetivo 2. Inspeccionar el diligenciamiento de los registros de enfermería en las historias clínicas se evidenció que la actividad que acompaña este objetivo de verificar el correcto diligenciamiento de los registros de enfermería en los diferentes servicios, se realizan rondas clínicas de pacientes, lo cual se evidencia en el libro de recibos de pacientes críticos en el cual se registra el estado del paciente, las camas ocupadas las camas disponibles y demás información clínica. La jefe del área manifiesta que se requiere el diseño de un formato de levantamiento de no

conformidades administrativas. Se hace diariamente una revisión aleatoria para verificar el correcto diligenciamiento de los registros de enfermería.

Con relación al objetivo 3. Coordinar con Gerencia, Subdirección Científica y Recursos humanos necesidades del personal de enfermería. Se ha puesto en conocimiento de la administración los requerimientos de personal en cada uno de los servicios para poder cubrir los turnos, esto se ha hecho en repetidas ocasiones.

El resultado del monitoreo del área de Coordinación de Enfermería tiene un nivel de avance del 21,4 % de un 50% posible. De acuerdo a la escala de calificación, se encuentra en un nivel de avance conforme, tal como se muestra en la escala.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las principales dificultades encontradas durante el proceso de revisión son:

- La falta de disponibilidad de los líderes de las áreas para atender la visita de la revisión de avance de los Planes de Acción (POA).
- Al momento de elaborar los Planes de Acción no se relacionaban en el formato fechas propuestas para la ejecución
- Faltan áreas por presentar poas.
- Se les recuerda a todos los jefes de áreas o líderes de procesos la obligación de elaborar y enviar a la Oficina de Planeación y Gestión de la Calidad sus Planes de Acción (POAs) de conformidad con las fechas solicitadas.

Recomendaciones

Todos los Planes de Acción de cada una de las áreas deben ser revisados y ajustado teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Se debe realizar ajuste en los Planes de Acción (POAs) de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 565 de 2016 emitido por la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC; los poas deben ser coherentes con las funciones establecidas en el manual de funciones de la ese.
2. Los Planes de Acción (POAs) de las áreas de Tesorería, talento humano, cartera, mercadeo y sistema de atención al usuario se deben ajustar de tal forma que se identifiquen las actividades claves del área y se pueda evaluar el desempeño de cada una de las personas que participan en el logro de los objetivos del área, en concordancia con lo establecido en el Acuerdo 565 de 2016 emitido por la Comisión Nacional del Servicio Civil CNSC.
3. Todos los Planes de Acción deben establecer las metas y fechas propuestas para la ejecución de las misma, ya que sin estas fechas se dificulta el monitoreo de las actividades ejecutadas en el periodo a revisar.

4. Se deben formular los objetivos de acuerdo a la complejidad del área, se encuentran áreas que solo plantean un objetivo dejando de abracar aspectos importantes.
5. Los Planes de Acción que están enfocados a realización de mejoras de infraestructura y/o compra de equipos deben ser replanteados, ya que por la situación actual del hospital no se cuenta con presupuesto para la ejecución de las mismas, lo que no va a tener avance y de cierta forma afecta el resultado final de la medición. No obstante es importante informar a la administración sobre las inconsistencias que se presenten o existan en la parte de la infraestructura de la entidad
6. Se deben revisar los indicadores de gestión, estos deben ir enfocados a medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, cosa que no se evidencia en los indicadores actuales.
7. Las oficinas de la entidad E.S.E. Hospital San Jerónimo de Montería que sean responsables de Planes, Programas o Procesos y funcionarios de planta que realicen actividades, deben diseñar sus Planes de Acción (POAs) y/o deben incluir sus metas u objetivos en los Planes de Acción de su área respectiva con el fin de poder evaluar su gestión de conformidad con el Acurdo 565 de la Comisión Nacional del Servicio Civil



CARLOS GONZALEZ HERRERA
Profesional Planeación y Gestión de la Calidad