

Tunja, 12 de Julio de 2017

Señores:

GRUPO PAMEC

Dirección Técnica de Prestación de Servicios

Secretaría de salud de Boyacá

Gobernación de Boyacá

Ciudad


Cordial Saludo,

Dando alcance a la circular 356 de 2016 de la Secretaría de Salud de Boyacá, se envía Primer Informe de Ejecución de Actividades del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad –PAMEC 2017, con corte a 31 de Junio de 2017.

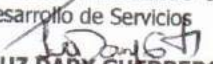
Cordialmente,



LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ
Gerente



Revisó: Dr **HENRY MAURICIO CORREDOR**
Asesor de Desarrollo de Servicios



Proyectó: **LUZ DARY GUERRERO MORENO**
Asesora de Acreditación – Hospital Universitario

ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD
PAMEC
INFOME SEGUIMIENTO PAMEC CORTE A 30 DE JUNIO DE 2017**



Continuamos Construyendo Camino a la Excelencia

JULIO 2017

1. INTRODUCCION

Teniendo en cuenta que dentro del Plan de desarrollo 2016-2020, se estableció como meta la obtención de la certificación en Acreditación en Salud, en busca del mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se priorizaron estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, generando un Plan de Auditoria de Mejoramiento de la Calidad – PAMEC 2017 con enfoque de acreditación, el cual obtuvo concepto favorable por parte de la Secretaria de Salud de Boyacá.

El presente informe muestra el seguimiento a la ejecución del cumplimiento de las actividades programadas para la vigencia 2017, donde se presenta un consolidado del seguimiento al desarrollo de las acciones de mejora de cada uno de los grupos de estándares responsables de la ejecución.

2. METODOLOGIA DE TRABAJO

La E.S.E Hospital San Rafael de Tunja actualmente cuenta con 7 grupos de acreditación, teniendo en cuenta los estándares establecidos en el Manual de Acreditación en Salud, los cuales se han venido reuniendo para trabajar y hacer seguimiento a las actividades priorizadas en PAMEC y en otros estándares de acreditación priorizados por cada grupo. Sin embargo teniendo en cuenta las oportunidades de mejora como resultado del Diagnostico de acreditación realizado en el mes de Marzo de 2017 por la firma consultora FDF S.A.S, los grupos de acreditación y su funcionamiento, establecidos en Manual PAMEC CA-M-12, se vienen modificando y fortaleciendo de acuerdo a la metodología propuesta por el ICONTEC.

Inicialmente se realizó socialización en cada uno de los grupos las acciones priorizadas en PAMEC 2017 y se establecieron las actividades necesarias para dar cumplimiento, realizando seguimiento al cumplimiento de éstas, por parte de la oficina de calidad trimestralmente.

Por otro lado es importante mencionar que la Gobernación de Boyacá y la E.S.E Hospital San Rafael Tunja vienen aunando esfuerzos para fortalecer el proceso de acreditación, por lo que se está a la espera de concretar la participación del Hospital en el proyecto "Cofinanciar el Plan de Mejora establecido para el proceso de Acreditación en la vigencia 2017 a las Entidades seleccionadas", liderado por la Gobernación de Boyacá, y así poder contar con el apoyo y acompañamiento de una entidad experta en acreditación para la armonización e implementación del PAMEC 2017.

3. ACCIONES DE MEJORA PAMEC 2017

Producto de la priorización por estándar se proyectó un total de 28 acciones de mejora en los diferentes grupos de estándares, para desarrollar en la vigencia 2017.

GRUPO DE ESTANDAR	NÚMERO DE ACCIONES MEJORA	ESTANDARES PRIORIZADOS	No Estándares Priorizados
Cliente asistencial	4	5-7-23-33	4
Direccionamiento	4	81-82-84-86	4
Gerencia	3	97-100-101	3
Talento humano	3	105-109-115	3
Ambiente físico	3	125-126-127	3
Gestión de la tecnología	6	134-135	2
Gerencia de la información	3	147-148-149	3
Mejoramiento de la calidad	2	155-158	2
TOTAL	28		24

4. AVANCE Y SEGUIMIENTO CRONOGRAMA PAMEC 2017

Se realizó seguimiento a cada una de las acciones planeadas en los diferentes estándares de acreditación, teniendo en cuenta el cronograma establecido en PAMEC 2017 presentado a la Secretaria de Salud de Boyacá y al formato de seguimiento establecido en la institución, donde se observa que de las 28 acciones de mejora establecidas, tres (3) se culminaron satisfactoriamente diecisiete (17) se encuentran en desarrollo, cuatro (4) atrasadas y cuatro (4) sin iniciar.

En la siguiente tabla se muestra, a corte 30 de Junio de 2017, el estado de cada una de las acciones dispuestas en los grupos de estándares de acreditación:

CONSOLIDADO AVANCE PAMEC 2017 - HSRT										FECHA DE CORTE		2017/06/30						
EJECUCION DEL PAMEC	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIENTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD		TOTAL
		0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
	COMPLETO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	50%	0	0%	0	0%	3
	EN DESARROLLO	3	75%	3	75%	1	33%	2	67%	2	67%	2	33%	2	67%	2	100%	17
	ATRASADAS	0	0%	1	25%	1	33%	0	0%	0	0%	1	17%	1	33%	0	0%	4
	NO INICIADO	1	25%	0	0%	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%	0	0%	0	0%	4
	PORCENTAJE DE EJECUCION	75%		75%		33%		67%		67%		83%		67%		100%		71%
	ACCIONES EVALUADAS	4		4		3		3		3		6		3		2		28
AVANCE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	3		4		2		2		2		6		3		2		24
	ACTIVIDADES COMPLETAS	0		0		0		0		0		3		0		0		3
	%CUMPLIMIENTO PAMEC 2017	0%		0%		0%		0%		0%		50%		0%		0%		13%
AVANCE CUMPLIMIENTO A LA FECHA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	3		4		2		2		2		6		3		2		24
	ACTIVIDADES EN EJECUCION	3		3		1		2		2		5		2		2		20
	% CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	100%		75%		50%		100%		100%		83%		67%		100%		83%

Fuente: Oficina de calidad

SEGUIMIENTO ACTIVIDADES PAMEC A 30 JUNIO DE 2017



Fuente: Oficina de calidad

El porcentaje de cumplimiento para el II trimestre es del 83% de acuerdo a las actividades programadas a ejecutar dentro del periodo correspondiente, presentando un incumplimiento del 17% para el periodo evaluado. Es importante mencionar de las actividades que presentan retraso lo siguiente:

- En mes de Mayo de 2017 se llevó a cabo la Jornada de Planeación de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, donde se aprobó la Matriz de programación y ejecución del plan operativo anual 2017, armonizando algunas actividades programadas en PAMEC 2017, corriendo la fecha de ejecución en una de estas, ya que la periodicidad establecida para realizar el seguimiento a POA es cuatrimestral, generando retraso en la actividad del grupo de estándares de Gerencia "Evaluar y analizar el cumplimiento del Plan Operativo Anual de Servicios tercerizados".
- Las otras tres actividades donde se presentan retraso, se justifica por parte de los responsables que se debe a causa de asignación de múltiples tareas, sin embargo se manifiesta el compromiso en logro de las actividades antes de terminar el tercer trimestre del año.

A la fecha se presenta un cumplimiento general de PAMEC del 13%, teniendo en cuenta que existen varias actividades que culminan su ejecución finalizando año, por lo que se debe continuar con el seguimiento continuo garantizando la culminación satisfactoria de todas las acciones de mejoramiento propuestas para el año 2017.

d

5. SEGUIMIENTO PAMEC 2017 POR GRUPO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Se realiza seguimiento por parte de la oficina de calidad como autocontrol del cumplimiento de las actividades programadas, se anexa la matriz de seguimiento de los siguientes grupos:

- Grupo de estándares cliente asistencial
- Grupo de estándares Direccionamiento
- Grupo de estándares Gerencia
- Grupo de estándares Gerencia del Talento Humano
- Grupo de estándares Gerencia del Ambiente Físico
- Grupo de estándares de Gestión de la Tecnología
- Grupo de estándares de Gerencia de la Información
- Grupo de estándares de Mejoramiento de la calidad

Cordialmente,



LYDA MARCELA PÉREZ RAMÍREZ
Gerente



Revisó: Dr **HENRY MAURICIO CORREDOR**
Asesor de Desarrollo de Servicios



Proyectó: **LUZ DARY GUERRERO MORENO**
Asesora de Acreditación – Hospital Universitario

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD OBSERVADA		NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES
			META	INDICADOR				COBS	BRECHA	
			2do SEGUIMIENTO 07/07/2017							
5 - AS1P1	Continuar despliegue de la política de seguridad del paciente	Evaluar la cultura de seguridad y presentar Informe de resultados comparativos.	>70%	No. de ítems que cumplen en el periodo/Total de ítems evaluados en el periodo x 100	AUTOCONTROL	Líder de seguridad del paciente	EN DESARROLLO	SM		Se realizó la aplicación de encuestas a una muestra de 322 que evalúa la percepción de la cultura de seguridad, se está en proceso de consolidación de resultados e informe.
7 - AS1P3	Continuar implementando las recomendaciones que sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente	Continuar con la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias y presentar Informe de resultados.	100%	No. De ítems de implementación que se cumplen en el periodo según el cronograma/Total de ítems evaluados en el periodo según cronograma x 100	AUTOCONTROL	Líder de seguridad del paciente	EN DESARROLLO	SM		Se continúa con la implementación de las buenas prácticas obligatorias, el informe de resultados a la fecha no se ha expedido, se tiene programado para el mes de Agosto.
23 - AS1P2	Continuar la Implementación y desarrollando la planeación de la atención, teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la institución ha adoptado, adaptado y la articulación de los servicios de apoyo diagnóstico.	Continuar con la medición de la adherencia de las guías de práctica clínica prioritarias en los servicios establecidos según programa de adherencia clínica	100%	No de actividades desarrolladas/No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Líder programa adherencia clínica	EN DESARROLLO	30%	70%	El programa de adherencia clínica se viene desarrollando de acuerdo al cronograma establecido.
33 - AS1P12	Realizar auditorías y tomar los correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Evaluar el cumplimiento del programa de farmacovigilancia y tomar los correctivos frente a las desviaciones encontradas.	>70%	Promedio de cumplimiento de indicadores del programa de farmacovigilancia	AUTOCONTROL	Líder de HABILITACIÓN	NO INICIADO	SM		

SA

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES DIRECCIONAMIENTO

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		2do SEGUIMIENTO 07/07/2017					
			META	INDICADORES	NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		
								COBS	BRECHA	ACCIONES
81 - DIR7	Fortalecer el proceso de planificación en la Institución para los actuales y futuros programas Institucionales, buscando resultados de impacto en materia de responsabilidad social.	Realizar seguimiento a la Gestión Clínica producto de la implementación de los Programas Institucionales	100%	Promedio de cumplimiento del seguimiento de actividades de los programas Institucionales	AUTOCONTROL	SSS- SAF- OADS- Gerencia	EN DESARROLLO	50%	50%	Se realizó seguimiento a los programas instruccionales por la alta dirección entre el mes de abril y mayo, reasignando las acciones realizadas y los Indicadores que muestran la gestión clínica, quedando pendiente en algunos la revisión y ajuste a los indicadores.
82 - DIR8	Fortalecer el proceso de evaluación de los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, priorizando las desviaciones encontradas y de esta manera contribuir a la mejora de la gestión de la clínica.	Analizar y evaluar la eficacia de las medidas correctivas tomadas frente a las desviaciones identificadas en la Gestión Clínica, producto de la ejecución de las auditorías	100%	Numero Hallazgos subsanados / Total de hallazgos identificados en el plan de mejora X 100	AUTOCONTROL	SSS- SAF- OADS- Gerencia	EN DESARROLLO	83%	17%	Desde la oficina de control interno se realiza seguimiento a las acciones establecidas en los Planes de Mejora para subsanar los hallazgos identificados en las diferentes auditorías. Teniendo en cuenta que en el mes de abril se recibió el informe del Diagnóstico de acreditación, se tiene programado desarrollar el Modelo de Mejora mientro Institucional.
84 - DIR10	Armonizar el procedimiento de inducción de Talento Humano, incluyendo la asesoría y educación continua para los miembros de la Junta Directiva y Subgerentes.	Establecer e implementar el mecanismo de educación continua a la Junta Directiva frente a la orientación de la organización y sus funciones.	100%	Numero de capacitaciones realizadas / Numero de capacitaciones programadas x 100.	AUTOCONTROL	OADS	ATRASADO	SM		Se viene trabajando en el Manual de Inducción y reincusión para que integre la inducción al personal de la Institución, tercerizados, Junta directiva y estudiantes.
86 - DIR12	Fortalecer el proceso docente-servicio mediante el despliegue total y evaluación del enfoque.	Analizar, aprobar y evaluar estrategias para fortalecer el proceso de Hospital Universitario.	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	SSS- SAF- OADS- Gerencia	EN DESARROLLO	50%	50%	designaron líderes para adelantar el trabajo correspondiente. Se establecieron indicadores que permitan medir, analizar y evaluar la gestión del proceso.

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES GERENCIA

ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		2do SEGUIMIENTO 07/07/2017					
			META	INDICADORES	NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES
								CALID OBS	BRECHA	
57 - GER10	Analizar y evaluar los casos de conductas de abuso o comportamientos agresivos en la institución.	Socializar las causas de los casos asociados a conductas de abuso o comportamientos agresivos, monitoreando su reincidencia y medidas aplicadas	100%	Promedio de cumplimiento del seguimiento de actividades del comité de convivencia laboral	AUTOCONTROL	Dra. Lina Chiquillo	EN DESARROLLO	20%	80%	En comité de convivencia laboral se viene realizando el seguimiento a casos de conductas de abuso o comportamientos agresivos. Se establecieron indicadores que permitan el análisis y seguimiento de las actividades del comité, los cuales se crearon el Software DARUMA
100 - GER13	Analizar y evaluar los indicadores de los servicios tercerizados y el impacto de los mismos en la institución	Evaluar y analizar el cumplimiento del Plan Operativo Anual de Servicios tercerizados	100%	Promedio cumplimiento del Plan Operativo Anual de Servicios tercerizados	AUTOCONTROL	Dr. Oscar Cely Ing. Amira Rincon	ATRASADO	SM		El POA 2017 se aprobó en el mes de mayo, el cual tiene una periodicidad cuatrimestra, por lo que a la fecha no se ha realizado el primer corte para la evaluación y análisis del cumplimiento de las actividades correspondientes a servicios tercerizados.
101 - GER14	Fortalecer el modelo Académico e investigativo de la institución	Realizar seguimiento a la implementación del Modelo Académico y Modelo de Investigación de la institución	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	SSS-SAF- OADS- Gerencia	NO INICIADO			

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

ESTÁNDAR/CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES
			META	INDICADORES				CALID OBS	BRECHA	
105 - TH3	Fortalecer el proceso de planeación del personal, para la asignación del talento humano en cada uno de los servicios de la institución.	Articular la matriz de planeación de personal con los demás procesos de la institución	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Dra Lina Chiquillo	EN DESARROLLO	33,5%	66,5%	Se vienen adelantando reuniones con los diferentes servicios articulando y armonizando la matriz y el proceso de planeación de personal.
109 - TH7	Plantear estrategias para la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución por parte de la empresa proveedora de talento humano, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, según su forma de contratación.	Analizar, referenciar y plantear estrategias para el desarrollo del proceso de evaluación del desempeño del talento humano.	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Dra Lina Chiquillo	EN DESARROLLO	45%	55%	Se viene consolidando y analizando las evaluaciones de desempeño de los colaboradores por las diferentes modalidades de contratación y de servicios tercerizados con el fin de que cumplan con los requisitos establecidos por la institución
115 - TH13	Fortalecer el proceso de investigación a través de los convenios docencia-servicio. Realizar diagnóstico de las necesidades de cualificación de los potenciales investigadores	Socializar a los trabajadores de la institución el impacto generado producto de los procesos de investigación desarrollados.	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Dra Gladys Goredillo	NO INICIADO			

9

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		EJECUCIÓN	RESPONSABLE	NIVEL DE AUDITORIA	2do SEGUIMIENTO 07/07/2017			ACCIONES		
			META	INDICADORES				MEDICIÓN BRECHA					
								CALID OBS	BRECHA				
125 - GAF7	Evaluar la efectividad de los controles sobre riesgo de fuga de pacientes.	Verificar y analizar la efectividad de los controles existentes sobre riesgo de fuga de pacientes que debe estar articulado con todos los servicios y presentar monitoreo en Comité de Seguridad del Paciente.	<5	N° de fugas de pacientes	0	0	0	0	0	EN DESARROLLO	Ing Amira Bincon - Jefe Ana María Bohorquez	AUTOCONTROL	Se ejecuto procedimiento de Prevención y Control de Fuga de Pacientes: UJ-PR-34, estableciendo los controles y el seguimiento de este. Se tiene programado socializar los controles en comité de seguridad del paciente en el mes de Julio
126 - GAF8	Fortalecer los mecanismos de medición de la política de No Fumador	Implementar campaña sobre prevención de consumo de tabaco.	1	N° de campañas realizadas	1	0,5	0,5	0,5	0,5	EN DESARROLLO	Dra Adriana Pacheco	AUTOCONTROL	Se viene desarrollando la campaña de prevención de consumo de tabaco por medio de charlas de sensibilización al personal, y se tiene proyectado el despliegue publicitario para el mes de Agosto
127 - GAF9	Evaluar las necesidades de atención humanizada en la institución en cuanto a privacidad y respeto en el proceso de atención.	Promover campaña de privacidad y respeto en el proceso de atención.	>80%	N° de pacientes que perciben condiciones de privacidad en la atención / Total de encuestados						NO INICIADO	Jaime Gonzalez- Coordinador de Internación	AUTOCONTROL	

2

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES
			META	INDICADORES				CALID. OBS	BRECHA	
			2do SEGUIMIENTO 07/07/2017							
134 - GT5	Fortalecer el seguimiento a los cronogramas de mantenimientos de equipo en comodato y/o arrendamiento y el control del personal de Soporte Técnico externo que realiza actividades de mantenimiento.	Definir e implementar procedimiento de seguimiento y control a personal de soporte técnico externo	70%	N° de Mantenimientos externos ejecutados/Total de mantenimientos externos programados x 100	AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan	COMPLETO			Se definió procedimiento para seguimiento y control a personal de soporte técnico externo (B-P-E-1D)
		Socializar con los proveedores los lineamientos establecidos por la institución para el seguimiento y control de personal de soporte técnico.			AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan	COMPLETO	SM	Se socializó con los proveedores el procedimiento de seguimiento y control a personal de soporte técnico externo	
		Medir y analizar el cumplimiento de cronogramas de mantenimiento de equipos en comodato y/o en arrendamiento.			AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan	EN DESARROLLO		Se está en proceso de recolección de información para alimentar el indicador	
135 - GT6	Fortalecer el proceso de Inclusión y Exclusión de Medicamentos y tecnología Biomedica,	Ajustar y socializar los procedimientos de inclusión y exclusión de medicamentos y de Análisis de nuevas tecnologías	SLB	N° de inclusiones viables/Total de solicitudes de inclusión x 100	AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan- Quimico Fco. Dra Deysi Bastidas.	ATRASADO			Se actualizó procedimiento Análisis de Ingreso de nuevas tecnología IB - PA-04, sin embargo sigue pendiente la actualización del procedimiento de inclusión y Exclusión de medicamentos.
		Definir metodología de seguimiento y trazabilidad a solicitudes de ingreso de nuevas tecnologías			AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan- Quimico Fco. Dra Deysi Bastidas.	COMPLETO	SM	Se definió herramienta para el seguimiento y trazabilidad a solicitudes de Ingreso de nuevas tecnologías, el cual se socializó en comité de farmacia y por medio de boletín.	
		Realizar seguimiento y trazabilidad a solicitudes de ingreso de nuevas tecnologías			AUTOCONTROL	Ing. Lorena Merchan- Quimico Fco. Dra Deysi Bastidas.	EN DESARROLLO		Se viene realizando el seguimiento y trazabilidad a solicitudes de ingreso de nuevas tecnologías	

9

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION

ESTANDAR/ CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES
			META	INDICADORES				CALID OBS	BRECHA	
			2do SEGUIMIENTO 07/07/2017							
147 - G18	Continuar con la implementación de los sistemas de información y con el desarrollo de la medición de adherencia de historia clínica	Ejecutar y realizar seguimiento al cronograma de implementación del sistema de información	>60%	Numero de indicadores que cumplen con lo definido en el programa para el periodo / Total de indicadores x 100	AUTOCONTROL	Ing Pedro Vela SSS - SAF - DADS	EN DESARROLLO	60,50%	0	Se realizó seguimiento al cronograma de implementación del Programa Escuela.
148 - G19		Desarrollar plan de auditoria adherencia a historia clínica y presentar informe en comité de historia clínica.	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Dra Aida Patricia Medina	EN DESARROLLO	30%	70%	El programa de adherencia clínica se viene desarrollando de acuerdo al cronograma establecido.
149 - G110	Integrar los planes de contingencia con los que cuenta la institución, para garantizar el normal funcionamiento de los procesos institucionales ante fallas en el sistema de información.	Desarrollar, implementar y desplegar un documento consolidado con los planes de contingencia institucionales relacionados con la gerencia de la información	100%	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	AUTOCONTROL	Ing Pedro Vela SSS - SAF - DADS	ATRASADO	SM	100%	No se ha dado inicio a la acción de mejoramiento, ya que por falta de personal en el área de sistemas no se pudo dar inicio a la consolidación del documento que consolida los planes de mejoramiento.

SEGUIMIENTO GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	CALIDAD ESPERADA		NIVEL DE AUDITORIA	RESPONSABLE	EJECUCIÓN	MEDICIÓN BRECHA		ACCIONES	
			META	INDICADORES				CALID	OBS		BRECHA
			155 - MCC2	Fortalecer la cultura de autocontrol en todos los colaboradores de la institución, con el fin de garantizar la correcta implementación de las Oportunidades de Mejora				Diseñar y desplegar estrategias de cultura de Autocontrol, dentro del Programa de Transformación Cultural.	100%		No de actividades Desarralladas / No de actividades programadas x 100
158 - MCC5	Fortalecer el mejoramiento de la calidad producto de la aplicación de estrategias y que evidencien el aprendizaje organizacional	Consolidar los resultados de mejoramiento de la calidad producto de la aplicación de estrategias y que evidencien el aprendizaje organizacional	2	N° de socializaciones resultados de acreditación	AUTOCONTROL	Ing. Luz Dary Guerrero- Coordinadores o líderes de Proceso	EN DESARROLLO	1	1	Se viene realizando socializaciones del Diagnóstico de acreditación elaborado por la firma consultora FDE- Se tiene programado elaborar Modelo de mejoramiento institucional	

24