



No.	DEPENDENCIA	ÁREAS INVOLUCRADAS	ACTIVIDADES	Estado	Seguimiento	% Tiempo	% de Actividad	Acciones correctivas
1	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	PROYECTO DE UNIDAD DE QUEMADOS FASE 1 - FASE 2	pendiente	PROYECTO RADICADO EN EL BANCO DE PROYECTOS, PENDIENTE APROBACION Y ASIGNACION DE RECURSOS	100%	20%	LA INSTITUCION NO CUENTACON LOS RECURSOS PARA EJECUTAR
2	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	PLAN DE MEJORA A LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS		EVALUAR MENSUALMENTE LAS DIFERENTES QUEJAS DE LOS USUARIOS RELACIONADAS CON EL SERVICIO	100%	100%	
3	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA DE RONDAS DE SEGURIDAD		EN ESPERA DEL INFORME PRESENTADO POR LA OFICINA DE CALIDAD PARA REALIZAR EL RESPECTIVO PLAN DE MEJORA.	100%	20%	
4	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	PROMOVER CAPACITACIONES EN LA ATENCION A LOS USUARIOS		RETROALIMENTAR AL PROFESIONAL QUE HAYA PRESENTADO UN INCIDENTE.	100%	40%	
5	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	IDENTIFICAR LOS RIESGOS, LAS CAUSAS Y EFECTOS DEL SERVICIO.		SE IDENTIFICARON-ANALISARON-CALIFICARON-VALORARON Y SE REALIZARON LOS PLANES DE ACCION CON LOS CORDINADORES DE LOS SERVICIOS.	100%	100%	
6	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE QUEMADOS	PLAN DE MEJORA A LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS		SE EVALUARON MENSUALMENTE LAS DIFERENTES QUEJAS DE LOS USUARIOS RELACIONADAS CON EL SERVICIO	100%	100%	
7	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	AMPLIACION ARQUITECTONICA, CONTRATACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE UCIP		PLANOS APROBADOS POR EL MINISTERIO	100%	29%	
8	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	IMPLEMENRACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS	pendiente	SE REALIZO SOLICITUD AL ALMACEN Y MANTENIMIENTO.	100%	20%	
9	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	PROMOVER CAPACITACIONES EN LA ATENCION A LOS USUARIOS		RETROALIMENTAR AL PROFESIONAL QUE HAYA PRESENTADO UN INCIDENTE.	100%	30%	

10	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS		SE SOLICITO EL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	100%	100%	
11	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	IDENTIFICAR LOS RIESGOS, LAS CAUSAS Y EFECTOS DEL SERVICIO.		REUNIONES PROGRAMADAS CON LOS CORDINADORES DE LOS SERVICIOS PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS-CAUSAS -EFECTO	100%	100%	
12	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	PLAN DE MEJORA A LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS		SE EVALUARON MENSUALMENTE LAS DIFERENTES QUEJAS DE LOS USUARIOS RELACIONADAS CON EL SERVICIO	100%	100%	
13	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	SOCIALIZAR LOS PROTOCOLOS DE PRACTICAS CLINICAS DE UCIP		SOCIALIZACION DE LOS PROTOCOLOS EN EL SERVICIO	100%	70%	
14	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO PEDIATRICA	VISITA A LOS SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA 2003 DE 2014		SE REALIZA EL INFORME CORRESPONDIENTE A LOS PLANES DE MEJORA	100%	80%	
15	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	COMPRA DE ECO CARDIÓGRAFO MAS ECÓGRAFO		EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO RADICÓ REQUERIMIENTO AL ÁREA JURIDICA PARA LA COMPRA DEL EQUIPO.	50%	30%	
16	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	COMPRA DE UN FIBROBRONCOSCOPIO PARA VIA AEREA DIFÍCIL		EL DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO RADICÓ REQUERIMIENTO AL ÁREA JURIDICA PARA LA COMPRA DEL EQUIPO.	50%	30%	
17	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	SOCIALIZAR LOS PROTOCOLOS DE PRACTICAS CLINICAS DE UCIP		SOCIALIZACION DE LOS PROTOCOLOS EN EL SERVICIO	50%	50%	
18	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	CAPACITACION EN EL MANEJO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS		CAPACITACION CHEETAH MEDICAL SISTEMA DE MONITOREO	50%	50%	
19	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	CAPACITACIONES EN LA ATENCION A LOS USUARIOS		RETROALIMENTAR AL PROFESIONAL QUE HAYA PRESENTADO UN INCIDENTE.	50%	20%	
20	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS		SE SOLICITO EL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	50%	40%	

21	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	IDENTIFICAR LOS RIESGOS, LAS CAUSAS Y EFECTOS DEL SERVICIO.		SE IDENTIFICARON LOS RIESGOS CON LOS CORDINADORES DE LOS SERVICIOS.	100%	100%	
22	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	IMPLEMENTACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS		SE REALIZO SOLICITUD AL ALMACEN Y MANTENIMIENTO.	100%	20%	ESTA ACTIVIDAD SE ENCUENTRA PENDIENTE DEBIDO A QUE LA INSTITUCION NO CUENTACON LOS RECURSOS
23	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	PLAN DE MEJORA A LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS		SE EVALUARON MENSUALMENTE LAS DIFERENTES QUEJAS DE LOS USUARIOS RELACIONADAS CON EL SERVICIO	100%	100%	
24	Subgerencia de Alto Costo	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVO ADULTOS	VISITA A LOS SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA 2003 DE 2014		SE REALIZA EL INFORME CORRESPONDIENTE A LOS PLANES DE MEJORA	100%	80%	
25	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	PROYECTO ACELERADOR LINEAL	Pendiente	PROYECTO RADICADO EN EL BANCO DE PROYECTOS, PENDIENTE APROBACION Y ASIGNACION DE RECURSOS	100%	20%	ESTA ACTIVIDAD SE ENCUENTRA PENDIENTE DEBIDO A QUE LA INSTITUCION NO CUENTACON LOS RECURSOS
26	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	COMPRA DE INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS PARA TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA Y RADIOTERAPIA		SE RECIBIERON INSUMOS SOLICITADOS PARA LOS TRATAMIENTOS DE BRAQUITERAPIA Y RARIOTERAPIA	100%	80%	
27	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	CAPACITACION Y SOCIALIZAR AL PERSONAL PERSONAL		SOCIALIZACION DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS Y PROTECCION PERSONAL	100%	50%	
28	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	CAPACITACION Y SOCIALIZAR AL PACIENTE		SOCIALIZACION DE LOS DEBERES Y DERECHOS, HUMANIZACION, SEGURIDAD	100%	40%	
29	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	IMPLEMENRACION DE NUEVAS TECNOLOGIAS	Pendiente	SE REALIZO SOLICITUD AL ALMACEN Y MANTENIMIENTO.	100%	20%	ESTA ACTIVIDAD SE ENCUENTRA PENDIENTE DEBIDO A QUE LA INSTITUCION NO CUENTACON LOS RECURSOS
30	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	PLAN DE MEJORA A LAS QUEJAS DE LOS USUARIOS		SE ESTABLECIERON PLANES DE MEJORAMIENTO PARA CORREGUIR LA INSATISFACCION EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE LAS DIFERENTES QUEJAS DE LOS USUARIOS RELACIONADAS CON EL SERVICIO	100%	100%	
31	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	OFRECER UN SERVICIO SEGURO		REUNIONES MENSUALES CON EL COMITÉ DE RADIOPROTECCION	100%	70%	

32	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	PROVEER ATENCION OPORTUNA		SE REALIZARON TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA CONTRATAR EL MEDICO ONCOLOGO CLINICO Y TECNICO EN RAYOS X Y ASÍ GARANTIZAR UN SERVICIO OPORTUNO Y DE CALIDAD	100%	100%	
33	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS		SE SOLICITO EL MANTENIMIENTO Y COMPRAS DE PIEZAS PARA EL ACELERADOR LINEAL	100%	100%	
34	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	IDENTIFICAR LOS RIESGOS, LAS CAUSAS Y EFECTOS DEL SERVICIO.		SE IDENTIFICARON-ANALISARON-CALIFICARON-VALORARON Y SE REALIZARON LOS PLANES DE ACCION CON LOS CORDINADORES DE LOS SERVICIOS.	100%	100%	
35	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	CALIBRACION VIGENTE DE LOS EQUIPOS DE MEDICION CON LOS QUE SE LLEVA A CABO LOS PROCEDIMIENTOS DE GARANTIA DE CALIDAD DE LOS EQUIPOS DE IRRADIACION		SE ENVIO FORMATO Y SOLICITUD A MANTENIMIENTO PARA CALIBRACION DE LOS EQUIPOS.	100%	80%	
36	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	PRESENTACION DE LOS REPORTES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS PERTENECIENTES A LAS CUENTAS DE ALTO COSTO		SE ATENDIERON LAS AUDITORIAS Y SE PRESENTARON LOS REPORTES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICOS SOLICITADOS	100%	100%	
37	Subgerencia de Alto Costo	ONCOLOGIA	VISITA A LOS SERVICIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA 2003 DE 2014		SE REALIZA EL INFORME CORRESPONDIENTE A LOS PLANES DE MEJORA	100%	80%	

38	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE TECNOLOGIA	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS		DURANTE EL AÑO EN CURSO, SE HAN CELEBRADO LOS CONTRATOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, A PARTIR DE ESTOS SE PROGRAMAS LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO. LOS CONTRATOS SE HAN EJECUTADO DE FORMA CORRECTA.	100%	100%	EL CONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE ELABORA DE ACUERDO A LOS CONTRATOS QUE SE CELEBREN, SIN EMBARGO ES PRECISO QUE LA INSTITUCION PROGRAME LOS MANTENIMIENTO INDEPENDIENTE DE LA CONTRATACION, INFORMANDO A LOS CONTRATISTAS LAS FECHAS EN QUE DEBE REALIZAR LOS MANTENIMIENTO. COMO ACCION CORRECTIVA SE ESTA TRABAJANDO CON LA ELABORACION DE UNA HERRAMIENTA PERMITA IDENTIFICAR LA FRECUENCIA DE MANTENIMIENTO O GESTION DEL EQUIPO, DE LOS CUALES EL FABRICANTE NO CERTIFIQUE SU PERIODICIDAD.
----	--	-----------------------	---	--	--	------	------	---

39	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE TECNOLOGIA	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS INDUSTRIALES		DURANTE EL AÑO EN CURSO, SE HAN CELEBRADO LOS CONTRATOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO, A PARTIR DE ESTOS SE PROGRAMAS LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO. LOS CONTRATOS SE HAN EJECUTADO DE FORMA CORRECTA.	100%	100%	EL CONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO SE ELABORA DE ACUERDO A LOS CONTRATOS QUE SE CELEBREN, SIN EMBARGO ES PRECISO QUE LA INSTITUCION PROGRAME LOS MANTENIMIENTO INDEPENDIENTE DE LA CONTRATACION, INFORMANDO A LOS CONTRATISTAS LAS FECHAS EN QUE DEBE REALIZAR LOS MANTENIMIENTO. COMO ACCION CORRECTIVA SE ESTA CONSULTADO DIRECTAMENTE CON LOS DISTRIBUIDORES Y FABRICANTES LA FRECUENCIA DEL MANTENIMIENTO.
40	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE TECNOLOGIA	CUMPLIMIENTO AL PLAN DE METROLOGIA		EL CERTIFICADO DE CALIBRACION DE 83 EQUIPOS (DE 221 EQUIPOS QUE REQUIEREN CALIBRACION), VENCIO EL 30 DE OCTUBRE DE 2016, SE GESTIONO LA CONTRATACION DE METROLOGIA - CALIBRACION PARA EQUIPOS BIOMEDICOS CONSIDERADOS INSTRUMENTOS DE MEDICION CUYA FINALIDAD PREVISTA ES LA DE MEDIR, PESAR O CONTAR, EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO 2269 DE 11993 Y DECRETO 1471 DE 2014; SIN EMBARGO SE DECLARO DESIERTO DADO QUE NO CUMPLIERON LOS ESTADOS FINANCIEROS SOLICITADOS, SE REVERSO CPD, DADO EL MES DE DICIEMBRE Y TIEMPO QUE SE REQUIERE PARA SU EJECUCION. PARA LOS EQUIPOS BIOMEDICOS NO CONSIDERADOS INSTRUMENTOS DE MEDICION SE ESTAN REALIZANDO LOS MANTENIMIENTO PREVENTIVOS SUJETOS A MEDICIONES CON EQUIPOS PATRON -VERIFICACION.	100%	62%	IMPLEMENTAR EL PROCESO DE METROLOGIA, EL CUAL SE ENCUENTRA EN EL ENFOQUE. SE REQUIERE PERSONAL QUE TENGA MANEJO DE TABLAS DINAMICAS, PARA LO CUAL SE SOLICITO A LA OFICINA DE CALIDAD PRACTICANTES DE LA UIS DE ING. INDUSTRIAL. VOLVER A GESTIONAR LA CONTRATACION.

41	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE TECNOLOGIA	VERIFICAR EL ESTADO DE FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS		EL % DE AVANCE RELACIONADO AQUI, ES EL % DE EQUIPOS EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO. SE REALIZAN RONDAS DE SEGURIDAD EN LAS CUALES SE VERIFICA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS.	100%	100%	REALIZAR DE FORMA CONTINUA CON LAS RONDAS DE SEGURIDAD.
42	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE TECNOLOGIA	GESTION DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA		A PARTIR DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL DE TECNOVIGILANCIA, SE REALIZA ANALISIS DE LOS EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS REPORTADOS POR LOS SERVICIOS.	100%	100%	SE IMPLEMENTAN RONDAS DE TECNOVIGILANCIA PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA Y SE REACTIVA EL GRUPO PRIMARIO.
43	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION AMBIENTE FISICO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA PLANTA FÍSICA.		DURANTE EL AÑO EN CURSO, SE HAN CELEBRADO LOS CONTRATOS PARA LA PRESTACION DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA PLANTA FISICA, MEDIANTE RONDAS TECNICAS DE SEGURIDAD REALIZADAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS Y SOLICITADOS MEDIANTE LOS FORMATOS DE REQUISICION DE MANTENIMIENTO APROBADOS POR LA OFICINA DE CALIDAD. LOS CONTRATOS SE HAN EJECUTADO DE FORMA CORRECTA.	100%	100%	EL CONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LA PLANTA FISICA, SE EJECUTA DE ACUERDO A LAS REQUISICIONES ALLEGADAS POR LAS DEPENDENCIAS DE LA INSTITUCION. IGUALMENTE INFORME MENSUAL DE LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ENTREGADAS POR PARTE DEL CONTRATISTA EN EL CUAL SE ESPECIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CON SUS RESPECTIVOS INDICADORES.
44	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS	REALIZAR ALEATORIAMENTE TOMAS FÍSICAS DE LOS ACTIVOS FIJOS PUESTOS EN SERVICIO Y ACTUALIZACION DE LOS INVENTARIOS DE ACUERDO A LOS NUEVOS INGRESOS		SE REALIZO LA CONSOLIDACION DEL INFORME PRESENTADO POR MCI Y SE HIZO LA COMPARACION CON LA PLATAFORMA Y LA REALIZACION DE AJUSTES EN EL SISTEMA PARA ENTREGA OFICIAL DE LOS INVENTARIOS A LOS RESPONSABLES.	100%	65%	VERIFICACION MEDIANTE TOMA FISICA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES, REALIZANDO LOS TRASLADOS CORRESPONDIENTES PARA LA DEPURACION DE LOS INVENTARIOS .

45	UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS	GESTION DE ADQUISICION BIENES Y SERVICIOS	REALIZAR EL CONTROL DEL STOP DE INSUMOS A TRAVES DE LOS MAXIMOS Y MINIMOS IMPLEMENTADOS EN EL SOFTWARE DE DGH.NET PARA GARATIZAR LA ADECUADA PRESTACION DE LOS SERVICIOS.		REVISIÓN PERMANENTE DE LA PLATAFORMA DGH.NET A TRAVÉS DE ALARMAS PARA IDENTIFICAR LAS NECESIDADES Y REALIZAR LOS RESPECTIVOS REQUERIMIENTOS.	100%	100%	SE REALIZARON OPORTUNAMENTE LOS REQUERIMIENTOS SIMPLE PARA AJUSTAR LAS CANTIDADES Y MANTENER EL STOCK NECESARIO EN EL ALMACEN. SE DEJA LA
46	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	2 y 3 etapa de digitalización	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
47	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Compra de un ecografo	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
48	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Compra de un mamografo	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
49	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Dotación de equipos y muebles hospitalarios para el Laboratorio Clinico	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
50	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Actualización tecnologica (Un (1) congelador, Dos (2) centrifugas normales, Dos (2) estufas, Un (1) baño marial	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
51	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Modernización tecnologica patologia (5 microscopios, estación de trabajo)	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
52	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Un (1) agitador plaquetario	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
53	Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnostico	Imagenologia, Laboratorio Clinico, Patologia y Hemocentro	Un (1) incubador de CO2 para cultivos celulares	Pendiente	No hay presupuesto para ejecutar este proyecto, por tanto se retomará en el primer semestre del proximo año	100%	0%	
54	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigacion y docencia	Revisión y actualización de los archivos de las universidades, mediante lista de chequeo		Todos los convenios estan actualizados y tiene vigencias por 10 años de acuerdo al decreto 2376 del 1 de julio de 2010. Se han hecho revisiones en cuanto a Otros si presentados por diferentes IES como UNISANGUI, el cual estan en proceso de tramite en la	100%	100%	



55	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia	Actualización en el sistema de información de hojas de vida de docentes y estudiantes vinculados en la relación docencia servicio, verificación de la información.		Todos los convenios están actualizados y tienen vigencias por 10 años de acuerdo al decreto 2376 del 1 de julio de 2010. Empezando cada semestre se recibe la información de docentes y estudiantes con la documentación completa. Estos documentos reposan en las AZ de que se encuentran en los archivos en la oficina de Proceso Docencia e Investigación	100%	100%	
56	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia e instituciones de Educación en convenio	Verificación de las actas de los comités docencia-servicio		Se realizaron los comités docencia servicio para el último trimestre del año, de esos se levantaron sus actas, ya que anteriormente cada IES realizaba su respectiva acta, en este momento solo la UCC y la UIS realizan las actas respectivas de cada comité y las demás las elabora la profesional de docencia del HUS.	100%	100%	
57	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia e instituciones de Educación en convenio	Realizar los comités docencia servicio, levantar actas y fijar compromisos, los cuales serán los planes de mejoramiento y hacer seguimiento para su cumplimiento.		Se realizaron los comités docencia servicio para el último trimestre del año, de esos se levantaron sus actas, ya que anteriormente cada IES realizaba su respectiva acta, en este momento solo la UCC y la UIS realizan las actas respectivas de cada comité y las demás las elabora la profesional de docencia del HUS. Además se realiza una reunión de la Unidad Funcional en la cual se levanta el Acta N°2 del mismo en el año.	100%	100%	
58	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia y Comité de Ética en Investigación	Participar en los comités de ética en investigación, levantar actas y fijar compromisos, y hacer seguimiento a las investigaciones aprobadas para su cumplimiento.		Se realizaron los comités de ética en investigación, de esos comités se levantaron sus actas respectivas según la programación establecida por comités institucionales	100%	100%	
59	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad, Unidad Funcional de Talento Humano	Inducción a la Vida Hospitalaria		Se programó y realizó la inducción para los estudiantes internos de la UIS que empezaban su año de internado.	100%	100%	

60	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia	Revisión del procedimiento de presentación de investigaciones		Se reciben los proyectos de investigación según la lista de chequeoGID-IN-FO- 04 Version 1 para determinar si se reciben o no los proyectos, y luego de esto se pasan a comité de ética para evaluar si se aprueba o no el proyecto	100%	100%	
61	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Grupos de investigación- Proceso de Gestión de Investigación y docencia e instituciones de Educación en convenio	Socialización de las investigaciones realizadas		Hasta esta fecha no se han podido socializar los proyectos en marcha, ya que hasta el momento se reinició el seguimiento a los mismos, además por la falta de personal a cargo del proceso de investigación y docencia ya que por no tener continuidad no se han podido ubicar a los investigadores de los mismos	0%	0%	
62	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia	Hacer seguimiento al desarrollo de las investigaciones con el fin de garantizar la seguridad los pacientes, sus derechos y el diligenciamiento del consentimiento informado, así como el reconocimiento al hospital.		Se comenzaron a realizar los seguimientos a las 6 (seis) investigaciones en marcha ya aprobadas en el primer semestre del 2016, de las cuales 3 (tres) de ellas los investigadores presentaron avances del mismo.	50%	50%	
63	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Proceso de Gestión de Investigación y docencia	Crear los grupos de investigación del hospital y registrarlos.		No se han creado grupos nuevos de investigación, los grupos ya existentes registrados son 3: PAIDOS, GERMINA y GRISES	0%	0%	
64	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Sistema de registro de administración y gestión de datos de incidentes y eventos adversos serios y no serios. (base de datos)		registro de formatos en base de datos de incidentes y eventos adversos.	100%	100%	seguimiento de incidentes y eventos adversos reportados en base de datos.
65	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Revisión de alarmas sanitarias reportadas por el INVIMA en cuanto equipos biomedicos y dispositivos medicos mensualmente.		Revision mensual de alertas reportadas en el INVIMA de equipos biomedicos y dispositivos medicos durante los meses de septiembre a diciembre de 2016.	100%	100%	Envío de correos informando las alertas reportadas a la ingeniera sandra rodriguez y al quimico farmaceutico manuel de jesus jimenez durante los meses de septiembre a diciembre de 2016.
66	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Búsqueda activa (Rondas de calidad-Lista de chequeo.		Se realizó ronda al laboratorio clínico	100%	100%	No se dejaron hallazgos
67	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Realizar capacitación a todo el personal del HUS en el conocimiento del programa.		Se realizaron capacitaciones	100%	100%	Se realizó la pesentación

68	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Envío trimestralmente al Invima el consolidado de los eventos adversos NO SERIOS notificados por los Prestadores de Servicios de Salud de su competencia en el formulario RETISS004		Envío de formato de RETISS al INVIMA de incidentes y eventos adversos no serios del cuarto trimestre de 2016.	100%	100%	seguimiento de incidentes y eventos adversos no serios durante el tercer trimestre de 2016.
69	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Envío de formulario FOREIA001 "Formato de Reporte de Evento e Incidente Adverso asociado con el uso de Dispositivos Médicos", en línea o en medio físico al Invima, dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al conocimiento del evento o incidente adverso SERIO, notificado por el usuario o cliente.		no se reportaron incidentes y eventos adversos serios para reportar al INVIMA en el formato FOREIA001 durante el cuarto trimestre de 2016.	100%	100%	seguimiento de incidentes y eventos durante el tercer trimestre de 2016 para ser reportados al INVIMA.
70	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Seguimiento a incidentes y eventos adversos serios y no serios reportados por los diferentes servicios de la ESE HUS.		Se realizo investigacion de incidentes y eventos adversos en los servicios implicados durante el cuarto trimestre de 2016,	100%	100%	seguimiento de incidentes y eventos adversos no serios reportados al programa de tecnovigilancia durante el tercer trimestre de 2016.
71	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Participacion mensual a los comites de Tecnovigilancia.		se realizaron comites de tecnovigilancia en los meses de septiembre, octubre y noviembre.	100%	100%	seguimiento a compromisos impuestos en cada comité.
72	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Tecnovigilancia.	Participacion a grupo referente de seguridad del paciente.		participacion a reunion de grupo referente en el cuarto trimestre.	100%	100%	seguimiento a compromisos impuestos en cada reunión.
73	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Realización comité Etica Hospitalaria		Se realizaron comites de etica hospitalaria en el cuarto de 2016 los dias 20/10/2016 - 11/11/2016- 17/11/2016 - 22/12/16.	100%	100%	seguimiento a compromisos dejados en los comites.
74	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Elaboración Actas de Comité Etica Hospitalaria.		Se realizaron 4 actas de comites de etica hospitalaria en el cuarto trimestre de 2016 los dias 20/10/2016 - 11/11/2016- 17/11/2016 - 22/12/16.	100%	100%	verificacion de la totalidad de numero de actas de acuerdo al numero de comites realidos.
75	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Organización autoevaluación condiciones mínimas de habilitación		Envío a las subgerencias de listas de chequeo aplicadas en los servicios d farmacia, urgencias y electrodiagnostico.	100%	100%	Seguimiento a hallazgos encontrados en visitas relizadas en los servicios de farmacia, urgencias y electrodiagnostico.
76	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Formulación y elaboración de planes de mejora.		Se enviaron las listas de chequeo a las subgerencias para empezar a formular los planes de mejora.	100%	100%	seguimiento a planes de mejora en la subgerencia medica y quirurgica.

77	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Seguimiento a planes de mejora con base en la autoevaluacion de la norma de habilitacion		implementacion de planes de mejora de acreditacion, (ver soportes en sistema de informacion SIPA)	100%	100%	seguiminento a planes de mejora de acreditacion.
78	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Realizacion de Rondas de humanización		Se realizo rondas de humanizacion en algunos de los servicios de la institucion. (informe de rondas de humanizacion de segundo trimestre)	100%	100%	Se realizo rondas de humanizacion en algunos de los servicios de la institucion. (informe de rondas de humanizacion de cuarto trimestre)
79	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Acompañamiento a la Oficina de SIAU en la apertura de buzones de PQR		se realizaro acompañamiento a la apertura de buzones de todos los servicios de la institucion.	100%	100%	seguimiento a quedas puestas por los usuarios de la institucion.
80	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Recepcion Auditorias Externas		Seguimiento a plan de mejora de Secretaria de salud de santander - UCI adultos, Auditoria ministerio, ,Alto costo, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, COOSALUD EPS Y CAFESALUD.	100%	100%	Seguimiento a planes de mejora realizados en el cuarto trimestre.
81	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Elaboracion de documento PAMEC con base en la tercera fase de autoevaluacion		Documento PAMEC actualizado al cuarto trimestre y evaluacion del 3 seguimiento.	100%	100%	realizar seguimiento y ajustes a documento PAMEC.
82	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Seguimiento de los planes de mejora formulados.		Seguimiento a plan de mejora de Secretaria de salud de santander - UCI adultos, Auditoria ministerio, ,Alto costo, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, COOSALUD EPS Y CAFESALUD.	100%	100%	Seguimiento a plan de mejora de Secretaria de salud de santander - UCI adultos, Auditoria ministerio, ,Alto costo, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, COOSALUD EPS Y CAFESALUD.
83	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario PAMEC	Cumplimiento de los planes de mejora formulados.		Seguimiento a plan de mejora de Secretaria de salud de santander - UCI adultos, Auditoria ministerio, ,Alto costo, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, COOSALUD EPS Y CAFESALUD.	100%	100%	Seguimiento a plan de mejora de Secretaria de salud de santander - UCI adultos, Auditoria ministerio, ,Alto costo, Secretaria de Salud y Ambiente de Bucaramanga, COOSALUD EPS Y CAFESALUD.

84	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Realizacion Mensual Comité de seguridad del paciente		Se ha realizado mensualmente mediante citacion el comité de seguridad del paciente durante los meses de octubre, noviembre y diciembre.	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
85	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Realizacion de Rondas de Seguridad.		Se elaboraron las listas de chequeo a aplicar durante las rondas de seguridad, se revizó el programa de seguridad del paciente en comité extraordinario de 01 de Dic de 2016, pendiente por aprobar en comité de Enero de 2017.	100%	100%	
86	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Analisis de eventos adversos con protocolo de londres		Se realizaron 3 analisis de eventos adversos con protocolo de londres, por seguridad y custodia de la informacion, esta evidencia reposa en la oficina Asesora de Calidad.	100%	100%	
87	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Seguimiento a planes de mejoramiento de evento adverso		Se enviaron correos a las subgerencias solicitando evidencias de los planes de mejora. Se realizó seguimiento a las subgerencias el 20 de Diciembre de 2016 para recopilación de soportes, ninguna entregó evidencias	100%	75%	
88	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Participación en el proceso de Acreditación ESE HUS		Se ha realizado acompañamiento a los grupos establecidos para la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente. Se aprobó el protocolo de prevención de fuga o pérdida de paciente en la ESE HUS en el comité de diciembre de 2016.	100%	100%	
89	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Recepcion Auditorias Externas		Durante el tercer trimestre se notificaron por medio de oficio COOSALUD, CAFESALUD, SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER, ASMETSALUD. Los soportes se evidencian en la carpeta de la profesional a cargo de indicadores.	100%	100%	
90	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Participación en el proceso de Habilitación ESE HUS mediante Auditorias de Seguimiento y Cumplimiento		Se realizó visita de habilitación a los servicios: imagenología, UCIA, UCIP, Cuidado intermedio neonatal y adulto, laboratorio clínico, patología, gastroenterología.	100%	100%	

91	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Evaluacion de propuestas de los procesos de selección de acuerdo a la contratacion		Se realizaron 3 evaluaciones técnicas en las que se evaluó seguridad del paciente. (Soporte en el punto 9 de gestión ambiental)	100%	100%	
92	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Capacitacion al personal (estudiantes, personal asistencial, administrativo) de la ESE HUS induccion y reinducccion sobre seguridad del paciente.		Se realizó capacitación a internos sobre seguridad del paciente, en el auditorio de la UIS 24/11/2016. Se realizó capacitación a todo el personal de apoyo terapéutico en el auditorio del hemocentro 11/11/2016	100%	100%	
93	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad, Profesional Universitario, Enfermera seguridad del paciente	Realización de sesiones breves de seguridad del paciente		Se realizaron 5 sesiones de seguridad del paciente en los servicios de recién nacidos, médico lactantes, cirugía pediátrica, infectopediatría, sala de partos, medicina interna, hematología, cirugía general y unidad de quemados. (se anexan soportes de asistencia)	100%	100%	
94	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Convocar y realizar el Comité de Gestión Sanitaria y Ambiental		Se han realizado mensualmente mediante citación el comité de Gestión Ambiental durante los meses de Octubre, noviembre y Diciembre	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
95	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Compra de recipientes, contenedores y carros transportadores de residuos hospitalarios		Se realizó Evaluación técnica para el contrato.	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
96	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Elaborar Contrato de residuos reciclables		Se realizó adición al contrato 415 de 2015 en tiempo de dos meses.	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
97	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Contratacion de empresa recolectora de residuos peligrosos		Contrato 231 de 2016. Plazo de siete (7) meses y cinco (5) días. Fecha de inicio 03 de Junio de 2016 fecha de finalización el día 07 de enero de 2017.	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
98	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Auditorias ambiental en los servicios		En este trimestre se realizaron tres(3) rondas a los servicios de Rehabilitación, Urgencias Adulto, laboratorio de ortesis y protesis,	100%	100%	Se programaron para el cuarto trimestre.
99	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Informe a los entes de control ambiental (CDMB, AMB, CONTRALORIA).		Se diligenció el formato F22 para la contraloría.	100%	100%	No se han presentado acciones correctivas
100	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Recepcion Auditorias Externas		Se recibió vista de la Secretaría de Salud Departamental	100%	100%	se presentó plan de mejora

101	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Participación en el proceso de Acreditación ESE HUS		Se participo en dos actividades de acreditacion del grupo de gerencia del ambiente fisico	100%	100%	se presento plan de mejora
102	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Evaluacion de propuestas de los procesos de selección de acuerdo a la contratacion		Se realizaron cinco (5) evaluaciones tecnicas en las que se evalua Gestion Ambiental	100%	100%	se presento plan de mejora
103	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Participación en el proceso de Autoevaluacion de Habilitación ESE HUS		Se envio a la Subgerencia de Servicios medicos el informe del servicio de Neumologia y a la Subgerencia de Apoyo Diagnostico el informe del servicio de Hemodinamia y dependiendo los hallazgos se debera presentar su respectivo plan de mejoramiento.	100%	100%	se presento plan de mejora
104	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Gestión Ambiental	Capacitaciones del Plan de Gestion Integral de Residuos Hospitalarios y similares en los servicios de la ESE HUS		Se han realizado tres capacitaciones en temas relacionados con la gestion ambiental.	100%	100%	se presento plan de mejora
105	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Gerencia, Coordinación de Emergencias y Desastres	Reunion Comité Hospitalario para Emergencias		Se realizaron tres reuniones ordinarias se elaboraron las repectivas actas	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva
106	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Subgerencia administrativa y financiera, Coordinacion de Emergencias y Desastres	Reunion Comité Tecnico Operativo para Emergencias		Se realizaron tres reuniones ordinarias se elaboraron las respectivas actas	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva
107	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Coordinacion de Emergencias y Desastres	Capacitacion Brigada para Emergencias		Se realizaron dos capacitaciones, se documento registro fotografico. Participacion en las V olimpiadas de brigadas integrales.	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva
108	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Grupo de investigacion y docencia, Coordinacion de Emergencias y Desastres, talento humano, subgerencia de enfermeria	Realizar induccion de Emergencias y desastres		Se realizaron un total de cinco inducciones con 417 participantes programadas por la oficina de convenios, inducciones programadas por la Unidad funcional de talento Humano, oficina de educacion de la subgerencia de enfermeria e inducciones personalizadas. Se documenta mediante hoja de firmas y archivo fotografico	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva
109	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Gerencia, Coordinacion de Emergencias y desastres	Declaratoria de Alertas Hospitalarias		Se realizaron una declaratoria de alerta amarilla	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva

110	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Coordinacion de Emergencias y Desastres	Capacitacion en emergencias y desastres		Se realizaron 30 capacitaciones se encuentra documentado mediante hoja de firmas y archivo fotografico	100%	100%	No se realizo ninguna acción correctiva
111	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Codificacion y aprobacion de los documentos allegados a la oficina por medio de la solicitud de los lideres de los procesos		<p>Durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre se recibieron 24 solicitudes de creación. actualización. eliminación y/o adopción de documentos; de las cuales las 20 solicitudes se revisaron, aprobaron, socializaron e implementaron dentro del Sistema de Calidad.</p> <p>El tipo documentos incluidos dentro del sistema de calidad fueron: procedimientos, formatos, manules, instructivos, protocolos y guias de los diferentes procesos de gestion de la ESE HUS.</p> <p>Las 4 solicitudes no contestadas es a razon de observaciones por parte de la Jefe de la Oficina Asesora de Calidad y por el no diligenciamiento formal del formato de solitud.</p>	100%	100%	NA



112	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Asesorar a los diferentes procesos que solicitan actualizacion de documentos, teniendo en cuenta la guia de elaboracion de docuemntos		<p>Durante el tercer trimestre del año se Realizo Acompañamiento y Asesoría a los diferentes procesos y/o servicio que lo requirieron, lo cuales se mencionan a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Subgerencia de enfermería en la implemenacion del nuevo mapa de procesos, para la definicion de perfiles.</li> <li>* Gestion Quirurgica en la revision y actualización pertinente del procedimiento de Gestion de Programacion de Cirugia Electiva.</li> <li>* Gestión Ambulatoria - Madre Canguro en la divulgacion mediante correo electronico de los documentos relacionados a ruta de atención, porcedimientos, tiempos y el programa de madre canguro.</li> <li>* Gestion Financiera en la revisión , modificacion y creación de documentos referentes al proceso.</li> <li>* Gestion de Mejoramiento Continuo en la revisión, adecuación y actulaizacion de la Guia de Elaboración y Control de Documentos y la Guia para la Adopcion y Adaptacion de Guias de Practica Clinica.</li> <li>* Demas Procesos Estrategicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación que solicitaron orientación en el desarrollo y/o modificacion de la documentacion respectiva, relacionada al sistema de calidad de la institucion.</li> </ul>	100%	100%	NA
113	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Actualizacion del normograma		<p>Se realizo la revision y actualización del Normograma por cada Proceso en el mes de Diciembre, llevando a cabo la modificación y adecuación en el formato institucional.</p> <p>En cuanto a los 18 procesos, esta pendiente realizar la revision del Normograma de Gestion de la Tecnologia, Gestion de Talento Humano y Gestion de Auditoria para el Mejoramiento.</p>	100%	90%	En la auditorias programadas para el año 2017, debe incluirse la revisión del normograma, para de esta manera validar la información en cada uno de los serivios o areas que conforman el proceso de gestión respectivo.

114	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario-procesos	Implementacion de la Lista de Chequeo para las auditorias programadas para cada proceso		Las modificaciones pertinentes a la Lista de Chequeo de Auditorias Internas de Calidad, se esta realizando en apoyo de los asesores externos de acreditación, con el objetivo de implementars en la primera auditoria del año 2017.	100%	100%	NA
115	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario-procesos	Ejecución auditorias internas de Calidad Procesos Misionales y Procesos de Apoyo		Para el cuarto trimestre del año 2016 se tenían Programadas Siete (7) Auditorias Internas de Calidad, las cuales se mencionan a continuación: Servicio de Enfermeria, Gestión de Auditoria para el Mejoramiento, Servicio de Esterilización, Gestion Integral de la Informacion, Gestion de Adquisicion de Bienes y Servicios, Gestion de Talento Humano y Gestion de Investigacion y Docencia. Para el cuarto trimestre del año 2016 NO se ejecuto ninguna de las auditoria planeadas en el Programa Auditorias.	100%	7%	Debe realizarse un programa de auditorias, ajustado al nuevo mapa de procesos de la institución y de acuerdo al recurso humano disponible tanto del area de procesos de calidad, como de los servicios institucionales. Para el programa de Auditorias del 2017, se debe realizar una auditoria por cada proceso, abordando cada uno de los servicios que lo componen.
116	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario-procesos	Elaboración de Informes de Auditorias de procesos ejecutadas		En el cuarto trimestre del 2016 NO se realizo ninguna de las auditorias planeadas en el Programa de Auditorias.	100%	7%	
117	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario-procesos	Actualizacion del Listado maestro de documentos y de registros de la ESE HUS		El Listado Maestro de Documentos se encuentra en revisión y actualización por cada uno de los procesos de la institucion, ya que se creo e incorpore una herramienta de excel dinamica que permite mantener actualizado el LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS y llevar control sobre el mismo. Para esta herramienta se encuentran abordados los Porcesos Misionales y Estrategicos y los Procesos de Apoyo y Evaluación se incorporaran durante el mes de Enero de 2017.	100%	55%	Debido al cambio de Profesional Uiversitario del area de Procesos, para el Mes de Diciembre se encuentra en revision y actualizacion del Listado Maestro de Documentos y Formatos.

118	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Realizacion Mensual Comité de Calidad y Elaboración Actas		<p>Durante el cuarto trimestre del 2016, se tenían Programados Tres (3) Comiotes de Calidad; de los cuales se Realizaron Tres (3) Comites de Calidad Ordinarios en las siguientes fechas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*24 de Octubre de 2016</li> <li>*16 de Noviembre de 2016</li> <li>*21 de Diciembre de 2016</li> </ul> <p>Para cada uno de los comites se Realizo el Acta correspondiente y se lleva a cobo su aprobación por parte de los integrantes del comite</p>	100%	100%	NA
119	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Participación en la autoevaluacion de Habilitación de Procesos prioritarios		<p>Duarente el cuarto trimestre del 2016 se realizo la Autoevaluación de Habilitación conforme a Lista de Chequeo diseñada y según Resolución 2003; en el servicio de Transporte Asistencial Basico, Transporte Medicalizado y Unidad de Quemados.</p> <p>Se realizaron los Informes de Autoevaluación correspondietes a los tres servicios mencionados anteriormente, para posteriormente ser enviados a las subgerencias respectivas, solicitando el plan de mejoramiento de acuerdo a los incumplimientos o hallazgos encontrados.</p>	100%	100%	NA
120	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	profesional univesritario- procesos	Recepcion Auditorias Externas		<p>Para el cuarto trimestre del año 2016 se recibio Auditoria Externa por parte de SECRETARIA DE SALUD, COOSALUD y CAFESALUD, para éstas se brindó acompañamiento y direccionamiento en la presentación principalmente de todo lo relacionado con Sistema Unico de Habilitación y los demas componenetes del SOGCS que lo requieren, enfocado principalmente en los criterios de obligatorio cumplimiento de los procesos prioritarios de la ESE HUS.</p> <p>Lo anterior con el objeto de verificar el cumplimiento de los estandares mínimos de habilitación como requisito normativo y de clausulas contractuales, lo cual garantiza el aseguramiento de los usuarios de cada una de las EAPB.</p>	100%	100%	NA

121	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Evaluar el grado de avance en la implementación de acciones de mejoramiento por grupos de estándares de acreditación producto de los ciclos de autoevaluación		Se realizó el primer seguimiento interno a los planes de mejoramiento ajustados. Se revisaron las de acciones de mejoramiento definidas a corte de Octubre de 2016: Se determina un cumplimiento parcial del 58% (de las 71 acciones de mejoramiento, se cumplieron 41), en la implementación de acciones de mejoramiento definidas a corte 31 de Octubre de 2016.	100%	100%	Ninguna
122	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Implementar las acciones de mejoramiento definidas por el equipo de autoevaluación de estándares de mejoramiento continuo de la calidad		Se desarrollo acciones de mejoramiento relacionadas con el PAMEC, respecto a su documentación y actualización.	100%	100%	Ninguna
123	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Capacitar intrainstitucionalmente en temas relacionados con el ciclo de preparación para la acreditación		Se			
124	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Realizar informes de avances del ciclo de preparación para la acreditación		Se presentó informes de avances del ciclo de preparación para la acreditación, ante la junta directiva, para los meses de Octubre y Noviembre.	100%	100%	Ninguna
125	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Apoyar inducciones y reinducciones en el tema de Acreditación Institucional		Durante el periodo se desarrolló una Inducción general a internos y residentes de las diferentes IES.	100%	100%	Ninguna
126	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina Asesora de Calidad- Componente Acreditación	Hacer medición de los indicadores 1 y 2 del Plan de Gestión y Elaboración de Informe		No se ha realizado la actividad.	100%	0%	En espera del nombramiento del gerente en propiedad para aplicación de la resolución 743 de 2012
127	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Oficina de Calidad - Porf. Universitario Of. Calidad	Capacitación y seguimiento de nueva modalidad de reporte de la Resolución 256/2016 al Ministerio de Salud mediante bases de datos cumpliendo cada uno de los lineamientos dados por esta.		Se realizó seguimiento y apoyo a cada una de las subgerencias y responsables del suministro de la información en el ajuste y arreglo de bases de datos para el cargue de la Resolución 256/2016 según lineamientos de anexo técnico #2. a corte del mes de Diciembre de 2016 para posterior cargue a la plataforma PISIS del Ministerio de Salud y Protección Social.	100%	100%	No se realizó ninguna acción correctiva.

128	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe de la Oficina Asesora de Calidad, Profesional Universitario Administrativo de Calidad, todas las Subgerencias.	Evaluación de los indicadores de oportunidad, gestión del riesgo, técnicos y lealtad en la prestación de los servicios de salud.		Se realizó seguimiento al reporte y presentación de indicadores a los comités de calidad con tendencia a III Trimestre de 2016 según normatividad vigente ante la junta directiva.  Seguimiento y solicitud de planes de mejora ante indicadores que no estuvieron dentro del umbral de desempeño.	100%	100%	Debido a que programación de cirugía no contaba con módulo dentro de Dinámica Gerencial y que los datos se llevaban de forma manual, se realizó reunión con los responsables de esta dependencia para notificar los lineamientos para medir el indicador correspondiente
-----	----------------------------	---	--	--	--	------	------	--

129	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe de la Oficina Asesora de Calidad	Participación activa en los procesos de habilitación y acreditación a nivel institucional.		<p>1. Se ha participado de manera activa en las actividades establecidas en el estándar de Gerencia de la Información, para dar alcance en cada uno de las acciones que nos lleven a la Acreditación y en el mes de septiembre se realizó revisión de cada uno de los estándares para realizar las fortalezas previas a la tercera autoevaluación .</p> <p>2. Se recibió tres visitas requeridas por las EAPB. Una visita por la EPS COOSALUD donde se realizó seguimiento al plan de mejora de visita anterior, segunda visita por la EAPB COOSALUD donde se realizó verificación de estándares de habilitación de todos los servicios de la ESE HUS y la Secretaría de Salud de Santander en la cual se realizó revisión de servicios de oncología según queja presentada ante el ente de control, seguimientos de eventos adversos reportados y demás estándar de verificación según Resolución 2003; en cada auditoría se dio acompañamiento, direccionamiento y presentación de todo lo relacionado con habilitación, sistema de información y los demás procesos que lo requieren, las tres visitas se realizaron con el objeto de la verificación del cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación y calidad en la atención como requisito de cláusulas contractuales, garantizando el aseguramiento de los usuarios de cada una de las EAPB con las cuales se tiene acuerdo contractual.</p>	100%		No se realizó ninguna acción correctiva
130	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe de la Oficina Asesora de Calidad, Profesional Universitario Administrativo de Calidad.	Proyección de informes a los entes de control, Ministerio de protección social, Superintendencia nacional de salud y cada una de las EAPB		1. Se realizó reporte del tercer trimestre de 2015 del anexo Técnico del Decreto 2193 y la Resolución 256 para la Secretaría de Salud Departamental.	100%		

131	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe de la Oficina Asesora de Calidad, Profesional Universitario Administrativo de Calidad.	Construcción y presentación de los indicadores de calidad de la ESE HUS (Res 1446 - Res 256- Res 1552 - Decreto 2193 - Circular única- Circular 056.		1. Presentación de indicadores ante la junta idirectiva ocn tendencia III trimestre de 2016 teniendo en cuenta Resolución 256/2016. 2.Se ha realizado la construcción de los indicadores normativos de la Circular Única, Decreto 2193 y sus anexos y Resolución 1552 de 2013. y preparación en el ajuste y corrección de las diferentes bases de datos que se caragarán a la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud.	100%		Se recordó la modalidad de reporte de la información para cargar a la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud.
132	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe de la Oficina Asesora de Calidad, Profesional especializado de PAMEC	Elaboración de indicadores de refrencia y contra remisiones		Se realizó el seguimiento para la entrega de indicadores de Referencia y Contrareferencia que se estipulan en Anexo Técnico del decreto 2193.	100%	100%	Se realizó visita a Referencia y Contrareferencia con el Jefe Javier para organizar el proceso de forma que mensualmente se recolecte la información suministrada..
133	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Profesional Universitario Administrativo de Calidad.	Realización de informes internos solicitados por el jefe de oficina de calidad y Gerencia		Se ha entregado los informes solicitados por la Jefe de la Oficina Asesora de calidad en las fechas establecidas.	100%	100%	No se realizó ninguna acción correctiva.
134	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad Profesional Universitario de Calidad	Actualización de la constancia de habilitación y novedades de registro de los servicios habilitados de la ESE HUS		1. Envío a todas las dependencias la solcitud de planes de mejora teniendo en cuenta autoevaluación en habilitación de cada uno de los servicios de la institución. 2. Reporte de novedades (Cambio de complejidad y apertura) de algunos de los servicios de la E.S.E. HUS. 3. Se notificó apertura de cirugía maxilofacial, atención a partos y vacunación.	100%	100%	No se realizó ninguna acción correctiva.

135	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad y profesionales de la oficina de calidad	Recepcion Auditorias Externas de entes de control y EAPB		Se recibieron visitas de las siguientes EPS : CCOSALUD, CAFESALUD y Secretaría de Salud Departamental, en cada auditoría se dió acompañamiento, direccionamiento y presentación de todo lo relacionado con habilitación, sistema de información y los demás procesos que lo requieren, las tres visitas se realizarón con el objeto de la verificación del cumplimiento de los estandares mínimos de habilitación y calidad en la atención como requisito de clausulas contractuales, garantizando el aseguramiento de los usuarios de cada una de las EAPB con las cuales se tiene acuerdo contractual.	100%	100%	No se realizó ninguna acción correctiva.
136	OFICINA ASESORA DE CALIDAD	Jefe Oficina de Calidad y profesionales de la oficina de calidad	Participación en el proceso de Acreditación ESE HUS		Se participó de manera activa en las actividades establecidas en el estándar de Gerencia de la Información, para dar alcance en cada uno de las acciones que nos lleven a la Acreditación, así como el trabajo constante en la herramienta que consolidará toda la información de indicadores a nivel insitucional.	100%	100%	No se realizó ninguna acción correctiva.
137	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Costos	Puesta en marcha del módulo de costos en el programa DGH.NET (Segunda Etapa). 1. Generación de los informes de gastos generales y talento humano. 2. Depreciación (Depende de almacén).		Se cumplió con las actividades, el sistema genera los informes de costos, gastos, y talento humano. De igual forma ya se terminó el proceso de parametrización de activos fijos y se puede generar el reporte con su respectiva depreciación, por centro de costos y por activo.	100%	100%	
138	Unidad Funcional de Recursos Financieros	costos	Registrar en el sistema de costos hospitalarios DGH.NET las fichas de costos unitarios (actividades) de los principales servicios que presta la ESE HUS.		Se hizo el registro en el sistema de las actividades más frecuentes por cada centro de costos. En la actualidad con el apoyo del ingeniero de soporte se están realizando los porcesos de validación de cada una de las fichas de costos unitarios parametrizadas. Se continuará con el registro de las demás fichas de costos unitarios de diferentes servicios.	100%	100%	
139	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Contabilidad	Elaboracion del Estado de Situacion financiera de Apertura ESFA corte 1 de enero de 2016.		Sensibilizar a los Responsables de las areas que registran las transacciones para que depuren la informacion y la entreguen al area de contabilidad para conformar el ESFA.	100%	100%	



140	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Contabilidad	Actualizar las Resoluciones de creacion de los comites de sostenibilidad financiera y control interno contable.		Modificar la Resolucion de la creacion de los comites de sostenibilidad Financiera y control interno contable.	100%	100%	
141	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Contabilidad	Presentar en el comité de sostenibilidad financiera los temas relacionados con la depuracion de la informacion que conforma los estados financieros.		Presentacion de los temas relacionados con la depuracion de la informacion que conforma los estados financieros.	100%	100%	
142	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion, Cartera y Contabilidad	Realizar la conciliación mensual con los módulos de cartera y contabilidad, efectuar los ajustes que correspondan, elaboración y presentación del informe mensual.		Se realiza la conciliacion en conjunto con las areas de cartera, contabilidad y facturacion.	PERMANENTE	100%	
143	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Seguimiento a la ejecución de los contratos de acuerdo a lo establecido en las obligaciones contractuales.		Permanente en conjunto con contratacion	MENSUALMENTE	100%	
144	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Elaboración de los Informes de Interventoria.		Mensualmente	MENSUALMENTE	100%	
145	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Realizar la certificación de cumplimiento y para pago a las empresas contratistas de facturación previo cumplimiento de las obligaciones contractuales.		Realizacion de certificaciones de conmfomidad a la presentacion de los respectivos soportes para pago por parte de la empresa.	MENSUALMENTE	100%	
146	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Elaboración de estudios de conveniencia y solicitud de CDP, para la contratación de los procesos de facturación y admisiones.		según requerimiento	100%	100%	
147	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Elaboración de términos de referencia.		según requerimiento	100%	100%	
148	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Evaluación de propuestas.		según requerimiento	100%	100%	
149	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Revisión de la minuta contractual y elaboración de actas de inicio para la contratación de los procesos de facturación y admisiones.		según requerimiento	100%	100%	
150	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Revisión y análisis de acuerdo a la clasificación de las glosas no subsanables de vigencia de 2012 y 2013 de empresas. (Sujeto a la entrega de las historias clínicas). Y remisión al área correspondiente para emitir concepto.		presentacion de informes de gestion	100%	100%	

151	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Facturacion	Clasificación de glosas de la vigencia 2014 de empresas en SUBSANABLES y no SUBSANABLES.		presentacion de informes de gestion	100%	100%	
152	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Tesoreria	control de tiempos de entrega de aprobación de cuentas por pagar con respecto a la elaboración del comprobante.		Aprobada la cuenta por pagar se realizan las respectivas llamadas a los proveedores involucrados con el fin de agilizar la entrega de los documentos necesarios para proceder al pago.	100%	100%	
153	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Presupuesto	Verificación del plan de compras, frente a los requerimientos solicitados por los subalmacenes, con el fin de realizar el cruce respectivo y verificar la coherencia de la información, y de esta manera mejorar el plan de compras de la siguiente vigencia.		Permanente - Diario	100%	100%	
154	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Presupuesto	Establecer en forma trimestral la situación presupuestal frente a los estados financieros específicamente, verificando los recuados para evitar que los ajustes pertinentes se realicen sobre la marcha.		Permanente - Diario	100%	100%	
155	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Presupuesto	Generar una dinamica trimestralmente dentro de lo contratado y lo presupuestado con el fin de evitar desequilibrio presupuestal por la no contratación.		Permanente - Diario	100%	100%	
156	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Cartera	Conciliación de las glosas y la cartera de las 20 empresas más representativas.		Las empresas conciliadas Coosalud, Asmet salud, Emdisalud, Cafesalud, Secretaria de Salud de Santander, Comparta, , Salud Vida, Salud Total y Se continuara enviando solicitudes de conciliación y cartera con copia a los entes de control.	100%	100%	
157	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Cartera	Radicación de la totalidad de la facturación entregada.		A 30 de junio de 2016, pendiente por radicar por COESPROSALUD \$2,099,040,765,00	100%	99%	
158	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Cartera	Aumento de la gestión de los pagares.		Se hizo entrega de pagares a la oficina jurídica en el primer trimestre.	100%	100%	
159	Unidad Funcional de Recursos Financieros	Cartera	Solicitud de conciliación de cartera al 100% de las entidades deudoras.			100%	100%	

160	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Manejo, conservacion informacion relativa a las hojas de vida del personal de planta de la Empresa		Permanentemente se clasifica . se organiza y se archiva la documentacion en as hojas de vida de los funcionarios de is institucion, se verificaron titulos para nombramiento.	100%	100%	ND
161	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Programacion y ejecucion de actividades encaminadas a la adecuada Salud Laboral del personal vinculado a la Institucion		Ejecucion be as actividades programadas en el SGSST ano 2016, sal como permanente - Coordinacion de Actividades con la ARL Colmena, acompanamiento y supervision de las actividades realizadas por las empresas contratistas en lo referente al desarrollo del SGSST propio.	100%	100%	ND
162	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Supervisar y garantizar la prestacion de los servicios de salud, pensiones y riesgos laborales para el Personal vinculado a la Institucion		Afiliacion, liquidacion y pago oportuno de los aportes al sistema de seguridad social, Conciliaciones con las administradoras, transcripcion y cobro de incapacidades, reporte oportuno de novedades	100%	100%	ND
163	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Aplicacion de los procedimientos para la elaboracion de nomina, liquidacion de prestaciones sociales y economicas		Liquidacion de nomina de enero a diciembre de 2016	100%	100%	ND
164	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Elaboration de informes inherentes al Talento Humano de is InstituciOn, para reporte a las partes interesadas		Consohdacion de informacion, diligenciamiento de formatos solicitados	100%	100%	ND
165	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Aplicar normatividad en procedimientos para Carrera Administrativa		Estudio de verificacion de requisitos para otorgamiento de nombramientos	100%	100%	ND
166	UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		Programacion y ejecucion de actividades de induccion al personal vinculado a la Institucion		Induccion realizadas a diciembre 31 de 2016 cumplidas al 100%	100%	100%	ND

167	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	CONSULTA EXTERNA	Adquisición de equipos medicos, electromedicos y otros elementos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.		falta entrega de monitores de signos vitales.	100%	Requeridos 52 equipos de los cuales falta entrega de 6 monitores. 52/6=8.6%	se reviso el tema con el Dr. Sigifredo fonseca pues no estan los soportes para los monitores, en espera de solucion por parte de ingeniera biomedica.
168	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	CONSULTA EXTERNA	Socializacion de Guias de Practica Clínica		se definieron guias falta programacion para inicio de socializacion.	100%	30%	Trabajo desde PACAS para acordar cronograma de socializacion desde los grupos primarios.
169	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	CONSULTA EXTERNA	Revisión y Ajustes de procedimientos, protocolos, instructivos del Proceso de Consulta externa		se ha realizado actualizacion de procedimientos, protocolos e instructivos del servicio.	100%	son en total 28 revisados y ajustados 28/28= 100%	falta protocolos de biopsia de cervix, endocervix, biopsia de mama con aguja trucut y nasofibrolaringoscopia. Los demas estan en calidad para codificacion.
170	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	CONSULTA EXTERNA	Socialización de procedimientos, protocolos, instructivos del Proceso de Consulta externa		socializacion al 100% de los colaboradores en cuanto a algunos procedimientos y protocolos.	100%	se ha socializado al 100% del personal. En total son 11/11.	solo se han socializado 4 pues los otros estan en calidad para codificacion.
171	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	Elaboración de requerimientos para la compra de productos farmacéuticos (gases, medicamentos, dispositivos médicos)	Terminado	Actualmente el servicio farmaceutico cuenta con los contratos solicitados para atender las necesidades de la institucion ; los cuales se encuentran en ejecucion.	100%	100%	NINGUNA

172	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	<p>Elaboración proyecto para la "construcción, compra de equipos y certificación en Buenas Practicas de Manufactura para gases medicinales INVIMA"</p> <p>Para el desarrollo y/o ejecución del presente proyecto se realizaran las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulación del Proyecto</li> <li>2. Presentación ante la Junta Directiva de la ESE HUS.</li> <li>3. Etapa precontractual, Contratación.</li> <li>4. Terminación de obras, entrega de equipos, y asesoría para certificación INVIMA.</li> <li>5. Obtencion de la Certificación en Buenas Practicas de Manufactura INVIMA.</li> </ol>	Atrasado	en vista que no se ha evidenciado avance alguno del proyecto, este sera tema en el proximo comité de farmacia y terapeutica	66%	40%	
173	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	<p>Elaboracion proyecto "Consultoría para la realización del Diagnóstico, Diseño y Dotación de la central de mezclas farmacéuticas y asesoría para la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) de la ESE HUS ante el INVIMA"</p> <p>actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulación del Proyecto</li> <li>2. Presentación ante la Junta Directiva de la ESE HUS.</li> <li>3. Etapa precontractual, Contratación.</li> <li>4. Terminación de la consultoria.</li> <li>5. Entrega de Informe por parte del contratista.</li> </ol>	Atrasado	en vista que no se ha evidenciado avance alguno del proyecto, este sera tema en el proximo comité de farmacia y terapeutica	100%	20%	
174	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	Adecuación de Areas servicio Farmacéutico	Terminado	La obra del nuevo servicio farmaceutico fue entregada en el mes de junio del 2015, cumpliendo con las exigencias propias del proyecto. Fue recibida a satisfaccion la obra.	100%	100%	Ninguna
175	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	<p>Elaboracion proyecto de inversión para la compra de la dotacion mobiliaria de las nuevas instalaciones de la farmacia principal piso 2 HUS</p> <p>actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formulación del Proyecto</li> <li>2. Presentación ante la Junta Directiva de la ESE HUS.</li> <li>3. Etapa precontractual, Contratación.</li> <li>4. Adquisición de la dotación</li> <li>5. Entrega e instalacion del mobiliario</li> </ol>	en desarrollo	se sigue adecuando el servicio farmaceutico con el mobiliario, el proveedor tiene plazo hasta mitad del mnes de febrero de 2016 para entregar el 100% del mobiliario	100%	100%	NINGUNA

176	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	FARMACIA	<p>Implementacion Programa de Atención Farmacéutica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboración requerimientos para el funcionamiento del programa de atención farmaceutica.</li> <li>2. Diseño de Documentación, Guías, Manuales, Procedimientos, Instructivos, formatos, etc.</li> <li>3. Estandarizacion del procedimiento de seguimiento farmacoterapeutico.</li> <li>4. Estandarizacion del procedimiento de conciliacion y reconciliacion medicamentosa.</li> <li>5. Estandarizacion de la consulta de atencion farmaceutica ambulatoria.</li> <li>6. Socializacion de los procedimientos y demas documentación.</li> </ol>	en desarrollo	Estamos en la etapa de socializacion de conciliacion y reconciliacion con los diferentes medicos de los servicios de hospitalizacion; queda pendiente la implementacion de la conciliacion medicamentosa posterior a las pruebas previas en el sistema DGH.	70%	85%	
177	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	NUTRICION Y DIETETICA	CONSTRUCCION INTERVENTORIA SERVICIO DE ALIMENTACION		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión bibliografica.</li> <li>2. Elaboración formatos</li> <li>3. Evaluación y corrección de formatos</li> <li>4. Adopción formatos definitivos</li> <li>5. Elaboración de protocolos</li> <li>6. Codificación por oficina de Calidad</li> </ol>	100%	100%	
178	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	NUTRICION Y DIETETICA	ACTUALIZACION PROCESOS DE NUTRICION		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión procesos actuales</li> <li>2. Revisión bibliografica</li> <li>3. Actualización procesos</li> <li>4. Solicitud actualización calidad</li> <li>5. Socialización</li> </ol>	100%	80%	
179	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	NUTRICION Y DIETETICA	ELABORACION PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión bibliografica</li> <li>2. Elaboración formatos</li> <li>3. Solicitud codificación oficina calidad</li> <li>4. Socialización</li> </ol>	100%	80%	
180	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	NUTRICION Y DIETETICA	PROCESO RESPUESTA A INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN EN HISTORIA CLINICA		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacitación respuesta a solicitud de interconsulta</li> <li>2. Permiso para contestar interconsulta en el sistema</li> </ol>	100%	100%	Revisión ruta usada por las nutricionistas para dar respuesta a interconsulta

181	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	UNIDAD DE REHABILITACION	Adquisición de equipos médicos, electromedicos y otros elementos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.		Se solicito mediante plan de compras proyectado para el año 2016 la compra de nuevos equipos.	100%	35%	se solicita a almacen la compra de elementos necesarios para la atencion de pacientes en rehabilitacion, se ha limitado la adquisicion de nuevos equipos debido a que la insitucion no cuenta con sufuciente recursos economicos para ello
182	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	UNIDAD DE REHABILITACION	Actualización Procedimientos De Rehabilitación - Apoyo Terapéutico		se conformo el grupo de trabajo para hacer la actualizacion a los procedimientos en rehabilitacion	100%	100%	se actualizaron todos los procedimientos de los 5 planteados
183	Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	UNIDAD DE REHABILITACION	Actualización Y Socialización De Historia Clínica Y Registros Asistenciales		En proceso	100%	60%	Definir formato de HC para las areas faltantes de rehabilitacion.
184	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Garantizar la recuperación de los dineros por los servicios prestados a los usuarios, generando el cobro de los mismos, realizando la radicación de la facturación, dando respuesta de las objeciones y el cobro administrativo de la cartera.		Contratación de la prestación del servicio a través de personas jurídicas	100%	70%	
185	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Agilizar los procesos tendientes a garantizar la solución de las necesidades derivadas de la atención del paciente		Realizar de manera integral el proceso de aseo y cafeteria	100%	100%	
186	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Agilizar los procesos tendientes a garantizar la solución de las necesidades derivadas de la atención del paciente		Ejecutar de manera integral el proceso de lavado de ropa hospitalaria de aseo y desinfección del área de lavandería con reposición de prendas para la ESE HUS	100%	100%	
187	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Adelantar gestiones con la Comisión Nacional del Servicio Civil-CNSC, en cuanto a la incorporación en la oferta pública de empleos de carrera de las vacantes definitivas de la Institución		Actualización del Manual de Funciones y Competencias laborales para los funcionarios de la ESE HUS	100%	80%	
188	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Entregar a todas las subgerencias y unidades funcionales documento que informe las modalidades de contratacion para los fines pertinentes en el proceso precontractual		Se envió oficio a cada una de las subgerencias y unidades gestoras documento informativo y explicativo respecto a la modalidad contractual	100%	100%	

189	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Corrección y ajuste de la hoja de descripción quirúrgica en el software de dinámica.net		Se programó para el mes de enero 2017 presentar el formato con los ajustes del área quirúrgica en el comité de historias clínicas para su respectiva aprobación	100%	70%	
190	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Hacer seguimiento al proceso contractual hasta su finalización a fin de apoyar a las subgerencias y unidades gestoras en la planificación de la contratación		Se implementó un formato con toda la información necesaria para el seguimiento al proceso contractual y se les recuerda a las subgerencias y unidades gestoras para iniciar a tiempo la contratación requerida	100%	80%	
191	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Elaborar políticas administrativas que conlleven al pago oportuno por parte de las ERP, mediante procedimientos de comunicación con las ERP a fin de detectar diferencias entre las partes.		Realizar reunión de socialización y generación de las políticas y procedimientos	100%	15%	
192	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Socializar a los subgerentes la necesidad de registrar oportunamente las transacciones económicas relacionadas con costos - gastos e ingresos, y que se registren en el mes correspondiente		Socializar el temar en reunión con los subgerentes	100%	100%	
193	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Revisar y analizar el valor de la provisión para litigios y demandas		Realizar reunión con el contratista ANID para análisis y toma de decisión	100%	100%	
194	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Socialización de los parámetros relacionados con la contratación en las etapas precontractual, contractual y ejecución, incluyendo los temas de interventoría de contratos y anticipos a contratistas		Reunión con el personal de planta	100%	100%	
195	SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		Concretar las políticas contables y crear documento		Realizar reunión con los profesionales de cartera y contabilidad	100%	100%	
196	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Elaboración de protocolos para los servicios de neumología, y gastroentelogia		Se crearon guías y protocolos correspondientes al procedimiento de neumología y gastroenterologia	100%	100%	
197	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Socialización de protocolos de medicina interna y urgencias		Se realiza socialiación de protocolos y formatos en grupo primario del mes de junio sobre: Política de gestion ambiental, Buenas practicas en seguridad del paciente, manual del usuario, Manual Acreditarnos si es poble.	100%	100%	
198	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Hacer seguimiento y notificar el cumplimiento de las acciones de mejora establecidas y reportadas a las areas correspondientes		Se realizan visitas de inspeccion a los servicios, se notifica y se realiza los requerimientos según la necesidad creada en el servicio. (Se adjuntan oficios)	100%	100%	
199	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Adquisición de equipos medicos, electromedicos y otros elementos necesarios para la adecuada prestación de los servicios.		Se realizan los diferentes proyectos de inversión, para la compra de equipos biomedicos.	100%	100%	



200	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Revisión y Ajustes de procedimientos, protocolos, guías e instructivos		Limpieza y desinfección de equipos biomédicos del servicio de gastro, Revisión del cronograma de limpieza y desinfección de los extractores en el servicio de urgencias. Revisión de hojas de vida de los ventiladores mecánicos en el servicio de urgencias con las ingenieras biomédicas.	100%	100%	
201	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Compra de un ecografo		Se envió oficio a la oficina de mantenimiento, para la compra del equipo	100%	100%	
202	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Seguimiento a planes de mejora de rondas de seguridad		Se han realizado las rondas de seguridad y se han solicitado los requerimientos según la necesidad creada en el servicio (adjunto oficios)	100%	100%	
203	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Actualización del procedimiento para el cuidado médico de internación		Se actualizó el procedimiento y se envió a calidad para su respectiva codificación.	100%	100%	
204	SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		Socialización del procedimiento para el cuidado médico de internación		Se programó para socializar el procedimiento en el grupo primario del mes de junio.	100%	100%	
205	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Actualización de Guías de Manejo de Práctica Clínica de Pediatría, cuidado intermedio neonata, cuidado intermedio pediátrico y Hospitalización de pediatría.		Se solicitó a la empresa contratista con los ejecutores del proceso (personal médico) la actualización de las guías.	100%	100%	
206	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Socialización de Guías de Manejo de Práctica Clínica de Pediatría, cuidado intermedio neonata, cuidado intermedio pediátrico y Hospitalización de pediatría..		Se encuentra a la espera posterior actualización y aprobación por el departamento de calidad.	50%	50%	
207	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Evaluación a la adherencia a las Guías de Manejo de Pediatría, cuidado intermedio neonata, cuidado intermedio pediátrico y Hospitalización de pediatría.		Se encuentra a la espera posterior actualización y aprobación por el departamento de calidad.	50%	50%	
208	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Elaboración y seguimiento a planes de mejora de habilitación. Res 2003 de 2014			100%	100%	
209	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Actualización de Guías de Manejo de Práctica Clínica de Urgencias, Sala de partos y Hospitalización.		Se solicitó a la empresa contratista con los ejecutores del proceso (personal médico) la actualización de las guías.	80%	80%	
210	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Socialización de Guías de Manejo de Práctica Clínica de Urgencias, Sala de partos y Hospitalización.		Se encuentra a la espera posterior actualización y aprobación por el departamento de calidad.	50%	50%	
211	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Evaluación a la adherencia a las Guías de Manejo de Práctica Clínica de Urgencias, Sala de partos y Hospitalización.		Se encuentra a la espera posterior actualización y aprobación por el departamento de calidad.	50%	50%	
212	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Elaboración y seguimiento a planes de mejora de habilitación. Res 2003 de 2014			100%	100%	

213	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Actualización de Guías de Manejo de Practica Clinica del Programa Madre Canguro.		Se actualizaron 6 Guías y fueron aprobadas por el departamento de calidad. En proceso de actualizacion 4	60%	60%	
214	SUBGERENCIA MUJER INFANCIA		Socialización de Guías de Manejo de Practica Clinica del Programa Madre Canguro.		pendiente por realizar	60%	60%	
216	Subgerente de Servicios Quirúrgicos ESE HUS		MODERNIZACION EN INFRAESTRUCTURA DEL ÁREA QUIRÚRGICA PISO 3		APROBACION PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO	15%	20%	*Ya se encuentra aprobado el Plan Médico Arquitectónico, queda Pendiente Adjudicación de Recursos para entrega de Requerimientos
217	Subgerente de Servicios Quirúrgicos ESE HUS		MODERNIZACION EN DOTACIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA PISO 3		EL REQUERIMIENTO DE EQUIPOS SE ENCUENTRA DE FORMA PARCIAL	15%	20%	*Se está realizando inventario y revisión de bitácora de los equipos para actualización de requerimiento.
218	Subgerente de Servicios Quirúrgicos ESE HUS		MODERNIZACION EN INFRAESTRUCTURA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN		APROBACION PLAN MEDICO ARQUITECTÓNICO	15%	20%	*Ya se encuentra aprobado el Plan Médico Arquitectónico, queda Pendiente Adjudicación de Recursos para entrega de Requerimientos
219	Subgerente de Servicios Quirúrgicos ESE HUS		MODERNIZACION EN DOTACIÓN DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN		EL REQUERIMIENTO DE EQUIPOS SE ENCUENTRA DE FORMA PARCIAL	15%	10%	*Se está realizando inventario y revisión de bitácora de los equipos para actualización de requerimiento.
220	Subgerente de Servicios Quirúrgicos ESE HUS		INTRUMENTAL DE LAPAROSCOPIA		EL REQUERIMIENTO DE EQUIPOS SE ENCUENTRA DE FORMA PARCIAL	15%	15%	*Requerimiento completo. Pendiente financiación para el proceso.
221	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA	Actualizar, cargar y enviar la informacion al DNP(gesproy) sobre el proyecto de la central de urgencias. Relacionada con la actividad No. 1 y 2 del plan de Accion inicial		Actualizacion del proyecto de la Central de Urgencia para vigencia del mes de Diciembre 2016	100%	100%	
222	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA	Realizar seguimiento al proceso de ejecucion del plan Operativo Anual. Relacionada con la actividad No. 13 del plan de accion inial		Actividades concernientes al seguimiento en la ejecucion del POA( Plan Operativo Anual).	100%	100%	

223	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA	Asistir a las reuniones en la oficina del DNP por parte de la oficina de planeacion del Departamento para recibir orientaciones para Actualizaciones del GESPROY. Relacionada con la actividad No. 1 y 2 del plan de Accion inicial		Asistencia a las reuniones realizadas para dar cumplimiento a la actualizacion del GESPROY-	100%	100%	
224	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA	Planificar y asistir a reuniones con los ingenieros de la obra central de Urgencias para Recolectar informacion para alimentar la plataforma del GESPROY. Relacionada con la actividad No. 1 y 2 del plan de Accion inicial		Asistencia a las diferentes reuniones con los ingenieros en pro del seguimiento a la obra de renovacion de la central de urgencia.	100%	100%	
225	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DIRECTIVA	Actividades relacionadas con el plan bienal registrando todos los proyectos de obra para el 2 semestre 2016. Relacionada con la actividad No. 13 del plan de Accion inicial		Seguimiento a los proyectos aprobados. 1. CONSTRUCCIÓN DE LA SUBESTACIÓN ELÉCTRICA Y ACOMETIDA DE 13.2 KV A 34.5 WV PARA LA ESE HUS. 2. CONSTRUCCIÓN DE LAS TORRES METÁLICAS PARA LA INSTALACIÓN DE AIRE ACONDICIONADO Y VENTILACIÓN MECÁNICA PARA LOS SERVICIO DE URGENCIAS, UCI PEDIÁTRICA Y NEONATAL DE LA ESE HUS. FASE I 3 . CONSTRUCCIÓN CENTRAL DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER 4 . CONSTRUCCIÓN DEL REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL DE LAS PLACAS DEL ÁREA DE URGENCIAS DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	100%	100%	
226	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE MERCADEO	Realizar visitar a las diferentes fundaciones que estan dando apoyo a la parte de Oncologia y Pediatria , en aras de brindar apoyo en la busqueda de recursos para celebrar actividades de carácter social, todo ello para dar cumplimiento a la Actividad Numero Tres (03) del Plan de Accion Inicial Proyectado.		Se adelanto gestion con diferentes particulares en aras de buscar recursos para contribuir en labores sociales con los niños de PEDIATRIA Y ONCOLOGIA, esto de la mano con la Fundacion Esperanza y la E.S.E. HUS.	100%	100%	
227	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE MERCADEO	Solicitar una matriz DOFA a todas las Subgerencias, para analizar de que manera el mercadeo puede contribuir en el desarrollo de sus actividades, todo ello para dar cumplimiento a la Actividad Numero Cuatro (04) del Plan de Accion Inicial Proyectado.		Se envio junto con el Area de Contratacion a las Diferentes EPS, los servicios que presta el E.S.E. HUS, y se colaboro en lo posible en cada Subgerencia en las solicitudes que nos allegaron según requerimiento efectuado por el Departamento de Mercadeo.	100%	100%	
228	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE MERCADEO	Elaborar un Archivo Documental en el Departamento de Mercadeo a fin de lograr mayor agilidad en la busqueda de la informacion de mercado y de todo lo relacionado con la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional.		Se Procedio a demarcar todas las carpetas de contratacion de la diferentes EPS, en aras de lograr una busqueda eficiente y a la vez mirar que contratación se encuentra vencida y cual vigente para proceder al envio del portafolio de servicios para lograr nueva contratación.	100%	100%	

229	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE MERCADEO	Asistir junto con Diferentes profesionales de la E.S.E HUS a medios de comunicación para dar a conocer nuestros servicios, todo ello para dar cumplimiento a la Actividad Numero Cuatro (04) del Plan de Accion Inicial Proyectado.		Programacion y Organización y realización de diferentes eventos junto con los profesionales del Hospital danto a conocer los servicios que prestamos y los dias celebres en la institución.	100%	100%	
230	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE MERCADEO	Proyectar con la DRA. SANDRA YANERTH ORDOÑEZ respuesta de derecho de Petición, formulado por la EPS.		Se dio respuesta de Derecho de peticion a la Contraloria General de Santander en lo pertinenete a ASMET SALUD ESS EPS, y se emitio copia a los conoedores del Terma para su conocimiento y fines pertinentes.	100%	100%	
231	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACION.	Se ajustaron y se enviaron para firma los otrosi de COMPARTA II nivel y Alta complejidad,para dar cumplimiento a la Actividad Numero 11 de Plan de Accion Inicial.		Envio de documentacion y adicion de contrato a la EPS pertinente.	100%	100%	
232	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACION.	Se remitio a COMPARTA las actas de liquidacion para los años 2011-2012. para sus respectivas firmas, para dar cumplimiento a la Actividad Numero 11 de Plan de Accion Inicial.		Realizacion de Actas y sus respectivas liquidaciones.	100%	100%	
233	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACION.	Se asistio a reunion con las EPS COOMEVA, SALUDVIDA y ECOOPSOS, HOSPITAL MILITAR, A36 COLOMBIA SAS, con el fin de contratar, para dar cumplimiento a la Actividad Numero 11 de Plan de Accion Inicial.		Asistencia a las diferentes reuniones de las EPS, con el acompañamiento del jefe de Facturacion , con el fin de llegar a un acuerdo para la respectiva contratacion.	100%	100%	
234	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACION.	Acompañamiento y apoyo a campañas y eventos Institucionales para fortalecimiento de la imagen Institucional, para dar cumplimiento a la Actividad Numero 11 de Plan de Accion Inicial.		Programacion y Organización para evento y acto protocolario de donacion de una unidad movil de sangra para el Hemocentro de Santander donada por el Club de Leones.	100%	100%	
235	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACION.	Se asistio a la auditoria realizada por la fundacion medico preventiva, con el fin de entregar la documentacion vigente a 2016, para dar cumplimiento a la Actividad Numero 11 de Plan de Accion Inicial.		Entrega de documentos solicitados por la fundacion, vigencia 2016.	100%	100%	