

| PERSPECTIVA       | ESTRATEGIA   | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS   | PROYECTOS  |
|-------------------|--|--|--|
| Clientes          | Fomentar hábitos de vida saludable y propender por una diversificación de la oferta de servicios hospitalarios   | Rediseñar el actual portafolio de servicios del Hospital, incursionando en servicios acorde a nuestro nivel, población objeto y demanda.                                     | Actualizar el protafolio de servicios del Hospital habilitando en el REPS aquellos que permitan una atención integral en salud de la población objeto abarcando a su vez nuevos nichos de mercado  |
|                   |  | Fortalecer los hábitos de vida saludables las diferentes entidades y espacios de interacción con la institución  | Realización de actividades de promoción y prevención basadas en las estrategias AIEPI, IAMI y Maternidad Segura  |
|                   |  | Descentralización de servicios de salud en cada una de las sedes de bellosalud acorde a las necesidades de la población usuaria de manera diferencial                        | Elaborar una caracterización de la población usuaria de cada una de las sedes del BelloSalud con el objetivo de ofertar los servicios requeridos por la comunidad acorde al perfilamiento de uso de los mismos y bajo un enfoque de atención diferencial en salud. Esto permitirá ajustar el portafolio de servicios por sede. |
| Compromiso Social | Mejoramiento de Infraestructura de la ESE, aprovechando el compromiso y respaldo del Estado a través de la Administración Municipal, DSSA y Ministerio | Optimizar las condiciones de infraestructura de la ESE para brindar un servicio en condiciones de calidad, comodidad y seguridad adecuadas a las necesidades de los usuarios | Construcción y Remodelación, habilitación y puesta en funcionamiento de los espacios asistenciales y administrativos acorde a la resolución 3100 de 2019 (Sistema Unico de habilitación en Salud) Bellosalud<br><br>Adecuar ambientes y áreas de atención dando cumplimiento a las normas vigentes.                            |
|                   | Fortalecer la comunicación con la comunidad  | Aumentar la participación y articulación con los usuarios y sus familias   | Liga de usuarios fortalecida y vinculada con el mejoramiento institucional   |
|                   | Fortalecimiento del SOGC, mejoramiento de la calidad de los procesos y excelencia clínica  | Implementar las normas, mecanismos y procesos del SOGC, para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud de la institución                                  | Dar cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa para permanecer en el sistema.  |
|                   |  |  | Diseñar y documentar estrategias sobre el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas para comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud; dando cumplimiento a los cuatro (4) componentes del SOGC.                              |
|                   |  |  | Implementar el modelo de auditoria y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Procesos Institucionales  |   | Mantener una cultura enfocada a la gestión del riesgo en la atención de todos nuestros pacientes  | Implementar el programa para la seguridad del paciente   |
|   |   |   | Crear Comité de maternidad Segura  |
|   |   | Fortalecer la fidelidad de nuestros usuarios para mejorar los resultados de salud en la sociedad  | Kardex de seguimiento para los pacientes que pertenecen a cada grupo: crónicos, crecimiento y desarrollo y control prenatal.   |
|   | Mejorar la salud individual y colectiva   | Contribuir como institución de salud a mejorar las condiciones de salud de la población usuaria   | Mantener la oportunidad de citas en consulta externa ambulatoria a 3 días o menos de acuerdo a los estándares de calidad.  |
|   |   |   | Realizar una socialización de las guías de (Hipertensión arterial, control prenatal, crecimiento y desarrollo, entre otras) con el personal asistencial.   |
| Medir Adherencia de la Guía de asistenciales de la institución para generar acciones de mejora tangibles en los procesos de atención. |   |   |  |
|   |   | Implementar todas las acciones preventivas requeridas y sugeridas por el orden nacional, departamental, municipal e institucional para enfrentar la pandemia COVID 19 de manera integral. |  |
| Aprendizaje y Crecimiento   | Mejoramiento de la gestión del Talento Humano   | Disponer de un Recurso Humano que garantice el cumplimiento de la misión de la ESE en condiciones de calidad, eficiencia y eficacia.  | Implementación del Plan de Emergencias organizacional  |
| Participación Ciudadana   | Fomentar integralmente la participación ciudadana a través de las herramientas y espacios de participación constituidos como eje de comunicación pública entre el Hospital y la comunidad usuaria | Garantizar el ejercicio del control social y de la participación ciudadana a través de la efectiva rendición de cuentas y audiencias públicas por parte del Hospital                      | <p>Documentar la política de participación ciudadana e incorporarla al Plan de Acción Institucional según lineamientos de la Secretaría de Salud de Antioquia de manera conjunta con la Dirección Local de Salud del Municipio</p> <p>Garantizar los procesos de audiencia pública a través de los mecanismos de rendición de cuentas definidos en el plan anticorrupción y <u>atención al ciudadano</u></p> <p>Realizar rendición de informe de implementación de política de participación ciudadana a la secretaria de salud de manera semestral</p> <p>coordinar el proceso de reuniones periódicas de la asociación de usuarios acorde a los estatutos de la asociación.</p> <p>Velar por la correcta ejecución de los comités de ética institucional acorde a normatividad vigente</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>Implementar las diferentes estrategias y medios que permitan una mejor comunicación entre la ciudadanía y el Hospital a partir de la oficina del SIAU</p> | <p>Documentar, difundir, implementar y evaluar de manera integral los diferentes canales de comunicación con que cuenta el Hospital para mejorar la comunicación con la ciudadanía con un enfoque de mejoramiento continuo a través del despliegue de las PQRSF de la oficina del SIAU</p> | <p>Garantizar el recurso humano disponible para la operación de la oficina del SIAU debidamente capacitado</p> <hr/> <p>Definir e implementar la Política institucional que incentive la participación de los usuarios en la Asociación</p> <hr/> <p>Publicar de manera periódica la información institucional de las carteleras habilitadas para conocimiento de la ciudadanía</p> <hr/> <p>Documentar y operativizar los canales definidos por el Hospital para las PQRSF</p> |
|--|--|--|---|

ELLOSALUD  
ANUAL 2021

| INDICADOR Y/O VERIFICADOR   | DEFINICIÓN (FORMULA)  | RESPONSABLE                       | # CONTRATO  | META | SEGUIMIENTO PRIMER SEMESTRE |             |
|---|---|-----------------------------------|---|------|-----------------------------|-------------|
|   |   |                                   | ASOCIADO  | 2021 | Numerador                   | Denominador |
| % Incremento en los servicios ofertados en el cuatrienio  | Numero de servicios nuevos habilitados / Numero total de servicios del portafolio   | Subgerencia de Servicios de Salud | 10 - 11 - 20 - 25 - 26 - 29 - 30 - 39 - 58 - 78 - 62-70-73 - 83 | 5%   | 3                           | 25          |
| Actividades de cada programa ejecutads y avaladas   | Nro de actividades realizadas/total de actividades que requiere cada programa   | Subgerencia de Servicios de Salud | 26 - 29 - 30 - 49 - 62-70-73 - 83                               | 50%  | 20                          | 36          |
| Perfilamiento y/o caracterización de sedes de atención  | Total sedes caracterizadas/total sedes bellosalud*100%  | Subgerencia de Servicios de Salud | 1 - 49 -  | 100% | 6                           | 8           |
| Porcentaje de avance en el proyecto   | Nro de actividades realizadas/Nro de actividades requeridas   | Subgerencia de Servicios de Salud | 4 - 32 - 40 - 45 - 47 - 57 - 90 -                               | 90%  | 2                           | 3           |
| % de cumplimiento de requisitos de habilitación en cuanto ambiente físico                       | Nro de estándarescumplidos/Nro de Estándares requeridos   | Subgerencia de Servicios de Salud | 18 - 19 - 32 - 40 - 45 - 47 - 57 - 90 -                         | 90%  | 6                           | 8           |
| % cumplimiento Plan de Acción liga de usuarios en la vigencia                                   | Nro de actividades realizadas/Nro de actividades Programadas  | Subgerencia de Servicios de Salud | 16  | >80% | 3                           | 6           |
| % cumplimiento requisitos de habilitación   | Requisitos cumplidos/requisitos totales   | Subgerencia de Servicios de Salud | 4 - 32 - 40 - 57 - 90 -   | 80%  | 7                           | 8           |
| % avance calificación acreditación  | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia anterior  | Calidad SOGC                      | 5 - 20 - 77   | 1.5  | 1,3                         | 1,3         |
| Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud | No de Acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria | Calidad SOGC                      | 22 - 80   | >90% | 3                           | 10          |

|  |   |  |                    |         |       |       |
|--|---|--|--------------------|---------|-------|-------|
| Eventos adversos gestionados   | Nro de eventos adversos gestionados/Nro de eventos adversos detectados  | <b>Calidad SOGC</b>                      |                    | >85%    | 42    | 45    |
| Cumplimiento de reuniones  | Nro de actas/ Nro de reuniones programadas  | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> |                    | 90%     | 6     | 12    |
| % de pacientes que se adhieren a los programas                               | Nro de atenciones realizadas/numero de atenciones requeridas por programas  | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> | 5                  | >60%    | 5     | 6     |
| Oportunidad en consulta externa  | Sumatoria de la diferencia de los dias calendario entre la fecha en la que asignó la cita de medicina General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / total de citas de primera solicitadas en el periodo | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> | 49                 | menor 3 | 14479 | 12000 |
| % de guías socializadas  | No de personas a quienes se socializo la guía/Número total de personas asistencial a quienes aplica la guía   | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> | 22 - 80            | >60%    | 32    | 47    |
| % Adherencia Guías   | Sumatoria de los puntajes obtenidos en la aplicación del instrumento de evaluación de guías en el servicio de consulta externa /sumatoria Total de items evaluados  | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> | 22 - 80            | >85%    | 3900  | 4400  |
| % de implementación de acciones establecidas para la atención de la pandemia | Número de acciones emprendidas / Nro de acciones establecidas por los entes regulatorios, multiplicado por 100  | <b>Subgerencia de Servicios de Salud</b> | 21 - 62 - 73       | >90%    | 9     | 9     |
| %programa implementado en periodo  | Total de acciones contenidas en el plan que fueron desplegadas en el periodo/total de acciones contempladas en el plan  | <b>Subgerencia servicios de salud</b>    |                    | >85%    | 12    | 18    |
| % politica publica documentada   | Total politicas documentadas en el periodo/total politicas requeridas   | <b>Subgerencia servicios de salud</b>    | 5 - 43 - 44        | 1       | 1     | 1     |
| % cumplimiento proceso rendicion de cuentas en la vigencia                   | Total rendicionde cuentas realizadas durante la vigencia/2  | <b>Gerente</b>                           | 5 - 16 - 43 - 44 - | 1       | 1     | 2     |
| % informes rendidos a la DLS   | Total informes rendidos en la vigencia/total rendiciones requeridas según politica  | <b>Subgerencia servicios de salud</b>    | 16 - 81            | 1       | 0     | 1     |
| % reuniones realizadas en la vigencia según cronograma                       | total reuniones realizadas hasta la fecha de corte/total reuniones para la vigencia   | <b>Subgerencia servicios de salud</b>    | 16 - 81            | >80%    | 2     | 3     |
| % reuniones realizadas en la vigencia según cronograma                       | total reuniones realizadas hasta la fecha de corte/total reuniones para la vigencia   | <b>Subgerencia servicios de salud</b>    |                    | >90%    | 3     | 6     |

|  |  |                                       |                           |      |   |    |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------|------|---|----|
| Numero de meses con personal asignado para implementar la PPSS             | Total meses con personal dedicado al SIAU/total meses de implementación en la vigencia | <b>Gerente</b>                        | <b>5 -43 - 44 -</b>       | 1    | 6 | 12 |
| % definicion de la politica  | Total politicas definidas con corte al periodo de evaluacion /1                        | <b>Subgerencia servicios de salud</b> | <b>5 - 16 - 43 - 44 -</b> | 1    | 1 | 1  |
| % de publicaciones realizadas en carteleras de la ESE de interes ciudadano | total publicaciones realizadas/total programadas en la vigencia                        | <b>SIAU</b>                           | <b>16 - 81</b>            | >90% | 2 | 4  |
| % de canales habilitados según las PQRSF definidas por la ESE              | Total canales habilitados a la fecha/total canales definidos por el proceso de PQRSF   | <b>SIAU</b>                           | <b>16 - 81</b>            | >80% | 5 | 5  |

| Porcentaje de cumplimiento SEMESTRAL | SEGUIMIENTO SEMESTRE |             | Porcentaje de cumplimiento SEMESTRAL | Porcentaje de cumplimiento ANUAL | Correlación Proyecto Gestion Transparente  |
|--------------------------------------|----------------------|-------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
|                                      | Numerador            | Denominador |                                      |                                  |  |
| 12%                                  | 2                    | 25          | 8%                                   | 20%                              | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva  |
| 56%                                  | 10                   | 36          | 28%                                  | 83%                              | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva  |
| 75%                                  | 2                    | 8           | 25%                                  | 100%                             | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva  |
| 67%                                  | 1                    | 3           | 33%                                  | 100%                             | P2021-2-21 Mejoramiento de la Infraestructura de la ESE<br>P2021-2-22 Mejoramiento de Dotación de Tecnología<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-44 Fortalecer el Plan de Mantenimiento de infraestructura y |
| 75%                                  | 1                    | 8           | 13%                                  | 88%                              | P2021-2-21 Mejoramiento de la Infraestructura de la ESE  |
| 50%                                  | 2                    | 6           | 33%                                  | 83%                              | P2021-2-23 Fortalecer la comunicaión con la Comunidad  |
| 88%                                  | 1                    | 8           | 13%                                  | 100%                             | P2021-2-21 Mejoramiento de Infraestructura de la ESE<br>P2021-2-22 Mejoramiento de la Dotación de Tecnología<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-44 Fortalecer el Plan de Mantenimiento de Infraestructura y |
| 1                                    | 1,7                  | 1,3         | 1                                    | 2,307692308                      | P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG  |
| 30%                                  | 6                    | 10          | 60%                                  | 90%                              | P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG  |

|      |       |       |      |      |   |
|------|-------|-------|------|------|---|
| 93%  | 32    | 35    | 91%  | 92%  | P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG   |
| 50%  | 6     | 12    | 50%  | 100% | P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG   |
| 83%  | 5     | 6     | 83%  | 83%  | P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG   |
| 1,2  | 25957 | 17800 | 1,5  | 1,38 | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva |
| 68%  | 12    | 47    | 26%  | 94%  | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva |
| 89%  | 4000  | 4400  | 91%  | 90%  | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva |
| 100% | 9     | 9     | 100% | 100% | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva |
| 67%  | 5     | 18    | 28%  | 94%  | P2021-1-11 Hábitos de vida saludable<br>P2021-4-42 Fortalecimiento del SOCG<br>P2021-4-43 Mejorar la Salud Individual y Colectiva |
| 100% | 1     | 1     | 100% | 100% | P2021-2-23 Fortalecer la comunicación con la Comunidad  |
| 50%  | 1     | 2     | 50%  | 100% | P2021-2-23 Fortalecer la comunicación con la Comunidad  |
| 0%   | 1     | 1     | 100% | 100% | P2021-2-23 Fortalecer la comunicación con la Comunidad  |
| 67%  | 1     | 3     | 33%  | 100% | P2021-2-23 Fortalecer la comunicación con la Comunidad  |
| 50%  | 3     | 6     | 50%  | 100% | P2021-2-23 Fortalecer la comunicación con la Comunidad  |

|      |   |    |      |      |  |
|------|---|----|------|------|--|
| 50%  | 6 | 12 | 50%  | 100% | <b>P2021-2-23</b> Fortalecer la comunicai3n con la Comunidad |
| 1    | 1 | 1  | 100% | 100% | <b>P2021-2-23</b> Fortalecer la comunicai3n con la Comunidad |
| 50%  | 2 | 4  | 50%  | 100% | <b>P2021-2-23</b> Fortalecer la comunicai3n con la Comunidad |
| 100% | 5 | 5  | 100% | 100  | <b>P2021-2-23</b> Fortalecer la comunicai3n con la Comunidad |

## SOPORTE DE SEGUIMIENTO AL POA

Comparación Portafolio 2020 - portafolio 2021-  
REPS de cada sede con la 3100 actualizado en el  
2021

Rura critica de IAMI - Ruta Critica AIEPI - Rura  
critica maternidad segura - Informe de avance  
cada programa de la Sub científica

Documento Estudio tecnico de capacidad  
instalada habilitacion - Documento  
caracterizacion poblacion arealizada por el  
Municipio de Bello para evaluar apertura de  
servicios de urgencias en las demas sedes de la  
ESE - Habilitacion REPS 2021

informe de avance de obra intervenciones en  
infraestructura con enfoque habilitacion  
(Urgencias, vacunacion, Rx, TAB, Hospitalizacion  
COVID, etc)

Informe calidad cumplimiento SUH especifico de  
infraestructura por sede - carpeta SUH completas

Informe SIAU implementacion politica de  
participacion social y de atencion al ciudadano -  
informe PQRS control interno en la vigencia

Informe oficina de calidad integral de todo el  
sistema de habilitacion de la ESE - Carpetas SUH  
completas

Autoevaluacion acreditacion 2020 -  
Autoevaluacion acreditacion 2021 - indicadores  
Res 408 Estandar 1

Informe seguimiento al PAMEC realizado por  
el equipo de calidad

|   |
|---|
| Informe Res 256 de 2016 trimestral de eventos adversos gestionados reportados a la Super Salud  |
| actas comité de maternidad segura - actas comité de seguridad del paciente  |
| informes de auditoria medica de adherencia a guias y programas  |
| Informe de oportunidad de consulta externa de primera vez cargado a Supersalud a través del cumplimiento de la Resolución 256 de 2016         |
| Informe de auditoria medica de capacitacion y socializacion de guias al personal medico de la ESE   |
| % de adherencia rendido por auditoria medica al comité de historias clinicas - actas del comité de historias clinicas                         |
| Informes periodico COVID rendidos a entidades de control - protocolo de atencion COVID en la ESE  |
| actas del comité de emergencias y desastres de cumplimiento de acciones programadas en la vigencia  |
| documento: politica de participacion ciudadano - Plan de accion POA 2021 de la ESE  |
| actas proceso de reedicion de cuentas de la ESE a la comunidad en el periodo  |
| Informe politica partiipacion social matriz de implementacion y despliegue en el formato de la DSSA para la secretaria de salud del Municipio |
| actas reuniones con la asociacion de usuarios realizadas  |
| actas comité de etica hospitalaria  |

planta de cargos de la ESE - Manual de funciones  
actualizado 2021

documento: politica de participacion ciudadano -  
Plan de accion POA 2021 de la ESE

informe consolidado area de comunicaciones -  
carpeta soporte de socializacion y publicaciones a  
la ciudadanía en al vigencia

carpeta PQRS de la ESE



