

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	PLANEACIÓN PE01	Orientar el Hospital en la implementación de acciones que garanticen una sostenibilidad financiera, rentabilidad social y la generación de un buen clima organizacional.	Modernizar y rediseñar la organización permitiendo la sostenibilidad financiera, desarrollo técnico-científico, de planta física y el desarrollo social.	Proporción de cumplimiento del plan de acción	100%	Trimestral	PROYECTOS				
							1	Formulación y ejecución de proyecto: Dotación y renovación de equipos biomedicos en el consultorio de oftalmología	Diciembre		
							2	Implementar la historia clínica electronica en la unidad ambulatoria (cableado, equipos y software)	Diciembre		
							3	Instalación de la planta de tratamiento aguas residuales	Diciembre		
							4	Inicio del proyecto: Remodelación y ampliación del Hospital San Juan de Dios	Diciembre		0
							5	Actualización del circuito cerrado de comunicación	Diciembre		
							6	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación centro de especialistas de consulta externa	Diciembre		
								Formulación y ejecución de			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADERO Y COMUNICACIONES PED2						7	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación área de farmacia	Diciembre				
							8	Actualizar la plataforma estratégica	Junio				
		MANTENIMIENTO PLANTA FISICA											
								9	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta física	Diciembre			0
		EQUIPOS BIOMEDICOS											
								10	Adquisición, reposición y mantenimiento de equipos	Diciembre			0
		MUEBLES Y ENSERES											
								11	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre			0
			Fortalecer los canales de comunicación al interior del Hospital y establecer una relación directa entre la alta Gerencia y sus colaboradores.	Planear, estructurar e implementar el proceso de mercadeo y comunicación de la institución.	Proporción de implementación del proceso de comunicaciones	25% anual	Semestral	12	Reestructurar el proceso de comunicación enfocado a los requerimientos de MIPG	Junio			0
		13						Realizar la rendición de cuentas enfocada al cliente interno y la comunidad	Junio				
	14	Generar una cultura organizacional enfocada a la comunican interna.		Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	14	Estandarizar el uso de letreros en toda la institución (plantilla)	Junio				
	15						Construir una cadena de llamadas como parte del proceso de comunicación	Junio					
	16						Iniciar con la construcción del plan estratégico de tecnología de la información	Diciembre					
	17						Estructurar, adecuar, fortalecer y completar el portafolio de servicios enfocado a nichos de mercado externo.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	17	Construir un portafolio de servicios llamativo tanto para EPS como particulares	
	18	Elaborar material publicitario para los servicios mas llamativos del hospital	Junio										
		Posicionar los servicios y el modelo de atención del Hospital tanto a nivel local como departamental.	Fortalecer la comunicación con las aseguradoras	Variación de la concentración de la contratación	-10	Semestral	19	Establecer una ruta de comunicación para mantener la información actualizada con las aseguradoras	Junio				
	20						Actualizar el modelo de atención	Agosto					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Fomentar la venta de servicios a los particulares.	Proporción de usuarios particulares atendidos	>10%	Semestral	21	Elaborar material educativo enfocado a promocionar los servicios particulares	Diciembre			
							22	Estructurar una política de tarifas o promociones para los servicios particulares	Diciembre			
	CONTRATACIÓN PED3	Desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida con los diferentes actores del Sistema, buscando fortalecer sus procesos de atención, las respuestas a sus necesidades y optimizar el aprovechamiento de los recursos.	Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	Número de alianzas establecidas	Variación positiva	Anual	23	Retroalimentar a las EPS frente a las dificultades identificadas por el grupo auditor	Junio			0
							24	Actualizar el protocolo de contratación con EPS	Septiembre			
							25	Realizar seguimiento de contratos	Junio			
									26	Definir formatos de seguimiento de contratos	Septiembre	
							27	Estructurar un portafolio de servicios llamativo			Julio	
									28	Actualizar el modelo de atención	Julio	
	PED4	Diseñar procedimientos jurídicos que le generen una	Garantizar una defensa técnica y jurídica de los diferentes procesos judiciales en contra de la institución.	Proporción de procesos intervenidos	100%	Semestral	29	Consulta permanente de los procesos judiciales en contra de la institución			Diciembre	
							30	Estructuración técnica y jurídica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales	Diciembre			
							31	Recomendar a la dirección de la ESE sobre el estado de los procesos y cuál es la mejor actuación a realizar dependiendo de la valoración probatoria	Diciembre			
			32	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre							
					33	Llevar a cabo la selección de los contratistas con fundamento a las leyes y procedimientos establecidos para tal fin	Diciembre					
	Desarrollo de procedimientos contractuales fundamentados en la normativa legal y los procedimientos administrativos internos de	Proporción de procedimientos contractuales ajustados	100%	Semestral								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	JURIDICA	Jurídicos que le generen una seguridad legal a la institución en sus diferentes actuaciones.	la institución con base en los principios de transparencia, economía y celeridad.				34	Llevar a cabo un acompañamiento a las áreas de supervisión en la etapa de supervisión y liquidación de los procesos contractuales	Diciembre		0	
							35	Recepcionar solicitudes y dar respuesta a través de conceptos verbales o escritos sobre inquietudes presentadas por las diferentes áreas	Diciembre			
							36	Acompañamiento jurídico en la respuesta a tutelas y derechos de petición de acuerdo al acompañamiento solicitado	Diciembre			
							37	Acompañar a la gerencia y a la alta dirección de la ESE en la toma de decisiones que requieran un apoyo jurídico para que las mismas se enmarquen dentro de la ley y los reglamentos	Diciembre			
	URGENCIAS PM01	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Urgencias basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.	Crear e implementar la Unidad de Cuidados Especiales.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	38	Remodelación de sala 5 para implementación de sala de cuidados especiales	Junio		0	
							39	Construcción o actualización de Documentación para la unidad de cuidados especiales	Septiembre			
							40	Verificación de requisitos de habilitación	Diciembre			
				Reorganizar las áreas internas del servicio tanto en la infraestructura como en el modelo de procesos para la adecuada prestación del servicio.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	41	Apoyar la formulación del proyecto para la nueva unidad de urgencias	Marzo		
								42	Participar y fomentar el desarrollo del Sistema de emergencias medicas (SEM)	Junio		
								43	Articular las actividades para la prestación de servicios en los servicios de urgencias y hospitalización en la nueva sede	Junio		
								44	Capacitar al personal asistencial en la estrategia AIEPI	Diciembre		
		Porporción de funcionarios capacitados en la estrategia AIEPI	50%	Anual								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Impactar los tiempos de espera en la atención de urgencias mediante el mejoramiento en las áreas de CRUE y Triage.	Tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II	<30 minutos	Mensual	45	Reorganizar las asignaciones del personal medico	Junio			
							46	Capacitar al personal de triage en el proceso y el modelo ESI	Junio			
								Diciembre				
				47	Actualizar el protocolo de triage	Marzo						
				48	Reorganizar el proceso de referencia y contrareferencia en la sede GMM	Junio						
									49	Realizar reuniones periodicas con el personal del crue e involucrar el personal de la sede GMM	Diciembre	
		Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.	Número de programas de Consulta externa creados	Semestral	SALUD VISUAL							
					50	Continuar con la implementación del programa Alegrarte de la alcaldía para la población escolar de Rionegro			Junio			
									Diciembre			
					51	Desarrollar la oferta de servicios de optica y consulta de optometria en la sede GMM			Junio			
					52	Hacer medición y monitoreo de los indicadores propios del área de salud visual			Junio			
									Diciembre			
53	Hacer implementación de las guias adoptadas para el área de salud visual	Junio										
		Noviembre										
54	Elaborar material educativo para apoyar la dilvulgación de los servicios en la comunidad	Diciembre										
CONSULTA EXTERNA		Intervenir en la oportunidad	Tiempo de estera en									
55	Desarrollar estrategias de difusión y orientación de los servicios y educación para los usuarios										Diciembre	
	TORIO PM02	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Consulta Externa basados en las necesidades del servicio y la comunidad					56	Desarrollar estrategias con las aseguradoras que permitan disminuir los tramites administrativos	Diciembre			0

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
	AMBULANCIA	con mejores criterios de calidad.	de asignación de citas y la accesibilidad de la misma.	la asignación de citas de consulta externa	15 días	Mensual	57	Asignar función de revisiones de exámenes al médico de la noche en la sede GMM para optimizar el tiempo para las consultas de primera vez	Junio		0				
			Articular el servicio de Consulta Externa con los demás servicios para garantizar la continuidad de la atención.	Proporción de articulaciones desarrolladas con los servicios desde Consulta Externa	80%	Semestral	58	Definir rutas de comunicación entre los servicios	Junio						
							59	Reorganizar la asignación de revisiones e interconsultas	Junio						
			Crear, desarrollar e implementar la Unidad de Especialistas del Hospital.	Razón de especialidades particulares frente a hospitalarias	1/2	Semestral	60	Realizar estudio de mercado para definir especialidades a ofertar	Diciembre						
							61	Definir el área para la prestación del servicio y el recurso humano disponible	Diciembre						
			Hacer seguimiento a los programas de PyP	Proporción de adherencia a la Guía de Práctica Clínica de hipertensión arterial	90%	Trimestral	PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA								
							62	Adherencia a la guía de práctica clínica de Hipertensión arterial	Diciembre			0			
							63	Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Crecimiento y desarrollo	Diciembre						
	64	Adherencia a la Guía de Práctica Clínica Control prenatal					Diciembre								
	65	Capacitar al personal asistencial en la estrategia AIEPI	Diciembre												
	HOSPITALIZACIÓN PM03	Rediseñar el área de Hospitalización basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación y modernización de las áreas de hospitalización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	66	Revisar y cambiar la señalización de los servicios de hospitalización	Junio		0				
			Adecuación de las salas de hospitalización propendiendo por al bienestar del usuario.	Proporción de quejas relacionadas con la comodidad del usuario	<10%	Trimestral	67	Realizar mantenimiento a los muebles de los puestos de enfermería	Junio						
							68	Realizar mantenimiento de todas las áreas de hospitalización	Diciembre						
			Estandarización de procesos y protocolos de atención de acuerdo a la normativa vigente y las necesidades del servicio frente a la renovación del mismo.	Proporción de documentación actualizada	25% anual	Semestral	69	Realizar verificación de infraestructura y estructurar plan de mejora para mejorar la comodidad de los usuarios	Diciembre						
							70	Priorizar la documentación a actualizar	Junio						
71	Socializar la documentación actualizada por las diferentes áreas	Diciembre													
	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral												

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO					
PROCESOS MISIONALES	QUIRÚRGICO PM04	Rediseñar el área de Cirugía basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación del área quirúrgica y modernización tecnológica biomédica.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	72	Mantenimiento del área de quirófanos, recuperación y preparación de pacientes	Marzo			0				
							73	Hacer un inventario de necesidades de equipos y priorizar la gestión de los mismos	Junio							
			Creación, revisión, actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.	Proporción de documentación actualizada	25% anual	Anual	74	Priorizar la documentación a actualizar	Diciembre							
							75	Socializar el paquete instruccional de cirugía segura	Septiembre							
							Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	76	Socializar la documentación actualizada por las diferentes áreas		Diciembre			
			APOYO DIAGNÓSTICO PM05	Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Proporción de usuarios satisfechos	>90%	Mensual	LABORATORIO CLINICO							0	
								77	Ofertar el laboratorio por medio de descuentos en fechas especiales	Diciembre						
	Ampliar el portafolio del laboratorio de acuerdo a la demanda de los usuarios	Junio														
	78	Socializar el paquete instruccional de toma de muestras de laboratorio						Agosto								
		Realizar una capacitación de interés a todo el personal						Diciembre								
	LABORATORIO PATOLOGIA							0								
	79	Actualizar la documentación del servicio de patología							Junio							
	80	Actualizar la documentación del servicio de citología							Junio							
	81	Montar coloración de PAS en tejidos							Junio							
	82	Montar coloración de ZN en tejidos						Junio								
	RAYOS X							0								
	83	Revisar la documentación del servicio y actualizar la necesaria							Junio							
	84	Realizar verificación de requisitos de nueva normatividad y estructurar plan de mejora														

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
	APOYO TERAPÉUTICO PM06	Fortalecer y rediseñar la contratación y mercadeo de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, garantizando la sostenibilidad económica, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y la satisfacción del usuario y su familia.					85	Actualizar los volantes de preparación y recomendaciones para los procedimientos							
			Crear cultura en la comunidad de la donación voluntaria haciendo más efectivo y seguro el proceso de captación.	Variación de cantidad de donantes voluntarios	Positiva	Trimestral	86	Fomentar la donación voluntaria a través de llamadas y correos a nuestros donantes	Junio						
									Diciembre						
							87	Realizar videos de educación a los usuarios sobre la donación de sangre	Diciembre						
				Tasa de positividad por 100,000 donantes	-2%	Trimestral	88	Promocionar la donación en universidades y empresas	Diciembre						
			Aprovechar, fortalecer y desarrollar la capacidad instalada del Banco de Sangre y Servicio Tansfusional para mejorar la oportunidad en la prestación	Rentabilidad	>25%	Mensual	89	Fortalecer las relaciones con los servicios de transfusión	Diciembre						
				Proporción de usuarios internos satisfechos	90%	Semestral	90	Realizar un proyecto de investigación con el personal en formación	Diciembre						
			Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	91	Realizar verificación de los requisitos de habilitación del servicio transfusional y velar por el cumplimiento de la normatividad exigida por el invima	Junio						
							92	Realizar inducción específica en banco de sangre y transfusión sanguínea a todo el personal que ingresa a la institución	Diciembre						
							93	Capacitar al personal en temas propios del servicio de banco de sangre con apoyo del personal, proveedores y asesores (20)	Abril Agosto Diciembre						
			Desarrollar, fortalecer y mantener las actividades y procesos de restablecimiento del estado de salud de los usuarios con oportunidad, efectividad y calidad.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	FISIOTERAPIA								
							94	Realizar capacitaciones del personal del area	Marzo Junio Septiembre						
							95	Realizar un video de educación a los usuarios	Junio						
			Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del	Proporción de cumplimiento de requisitos de	100%	Anual	96	Implementar la formula de medicamentos de control electronica	Junio						
							97	Implementar la estrategia de marcación de medicación LASA	Junio						
							98	Realizar una actividad de socialización y concientización de la importancia de los programas de farmaco y tecnovigilancia	Julio						

0

0

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO							
	SERVICIO FARMACÉUTICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PM07	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.	mismo.	habilitación				99	Presentar proyecto para la implementación de la recepción de medicamentos e insumos por código de barras donde se capturen lotes y fechas de vencimiento	Diciembre		0						
								100	Hacer dos boletines informativos como educación a usuarios	Mayo								
										Noviembre								
			Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido	4	Mensual				101	Realizar reuniones para verificación y sostenimiento de los procesos frente a los requisitos del iníma		Marzo					
													Junio					
													Septiembre					
													Diciembre					
													102	Realizar autoinspección del proceso de aire medicinal	Junio			
															Noviembre			
		103	Solicitar auditoría externa para preparación para la recertificación	Febrero														
		Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.	Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Anual			104	Socializar y ejecutar el protocolo de reuso actualizado	Abril		0					
									105	Crear y ejecutar sistema de trazabilidad	Julio							
			Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual				106	Gestionar la reestructuración de la central de esterilización de acuerdo al proyecto realizado en el año 2017	Diciembre						
										107	Gestionar la adquisición de aire comprimido para el área de lavado.	Junio						
										108	Realizar visita e inspección a los servicios del hospital donde se realice lavado de instrumental e insumos médico-quirúrgico y de igual manera el lugar de almacenamiento de material estéril en cada servicio	Junio						
															109	Implementar lubricación de instrumental en el proceso de lavado, estandarizando fecha para dicho proceso	Abril	
										Agosto								
Diciembre																		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL PA02	Rediseñar y ajustar el Sistema de Información que permita una comunicación fluida en todos los niveles de la institución de forma que se encuentre disponible, completa, accesible, oportuna y amigable que permita la toma de decisiones.	Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	SISTEMAS						0
						129	Parametrizar y reorganizar el proceso de facturación frente a cups y conceptos de facturación	Diciembre				
						130	Desarrollar e implementar el tablero de autorizaciones	Abril				
						131	Implementar las plantillas de gestión de resultados para los servicios de apoyo diagnóstico	Abril				
						132	Implementar el módulo de escaneo de documentos	Abril				
						133	Parametración de la resolución 4505	Julio				
						134	Parametración de la resolución 256	Julio				
						135	implementar el sistema de PQRS en la sede GMM	Marzo				
						136	Renovar la página Web	Marzo				
						137	Realizar inventario de tecnología informática sede GMM	Abril				
						138	Implementar el sistema de tickets para la sede GMM	Julio				
						139	Actualizar los conceptos de facturación de inventarios	Marzo				
						140	Parametrizar la causación de impuestos en el presupuesto	Marzo				
		141	Implementar el Plan integrado de Tecnologías de la información	Diciembre								
		142	Parametrizar el manejo de contratos especiales en el módulo de presupuesto	Abril								
		143	Integrar la HC Electrónica vs LIS de laboratorio	Abril								
		Reorganizar el archivo clínico garantizando su funcionamiento eficiente	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	ARCHIVO CLÍNICO						0
						144	Realizar depuración de historias clínicas	Abril				
								Julio				
								Noviembre				
145	Poner al día todas las actividades de organización y almacenamiento de las historias clínicas	Junio										
146	Organizar y adecuar el archivo clínico para optimizar los espacios	Octubre										
					CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS							
					147	Elaborar levantamiento de encuestas de unidades documentales	Junio					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
PROCESOS DE APOYO			Proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de sistemas de información	Proporción de presupuesto ejecutado	>90%	Semestral	148	Modificar el cuadro de clasificación documental de acuerdo con la normativa vigente	Junio		0		
							149	Elaborar propuesta de actualización de tablas de retención documental	Agosto				
							150	Presentar propuesta de actualización de las tablas	Septiembre				
							151	Elaborar el cronograma de transferencias y capacitar al personal sobre el proceso	Junio				
							152	Recibir las transferencias documentales	Julio				
	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	Rediseñar y ajustar el procedimiento de facturación que permita una relación directa y acorde con el servicio misional.	Proporción de acciones facturadas	>95%	Trimestral	153	Documentar el procedimiento de facturación, con construcción de indicadores, puntos de control	Julio		0		
							154	Capacitar al personal de facturación frente al proceso	Junio Diciembre				
			Implementar gestiones efectivas y eficientes que permitan la conciliación permanente y recuperación de cartera.	Proporción de recaudo	>80%	Trimestral	155	Solicitar las citas con los representantes legales de las empresas que nos adeudan para iniciar un cobro persuasivo	Junio		0		
							156	Disminuir la cartera en un 10% con relación al año anterior	Diciembre				
			Garantizar la programación y cumplimiento del plan de pagos acorde a los indicadores financieros institucionales.	Oportunidad en la realización de pagos	<90 días	Trimestral	157	Mejorar el recaudo en un 10% con relación al año anterior	Diciembre		100		
										Indicador liquidez		>1	Trimestral
			Garantizar que la información financiera refleje el accionar institucional con confiabilidad y calidad.	Oportunidad en la realización de informes	100%	Trimestral	158	Parametrizar el sistema frente a los estados financieros para que todos los hechos económicos reflejen la situación financiera de la institución	Diciembre		0		
							159	Armonizar los sistemas de modo que se pueda consolidar la información contable de ambas sedes	Diciembre				
					Garantizar la disponibilidad y oportunidad de equipos, insumos y medicamentos acorde a las necesidades	Proporción de cumplimiento plan de compras	>85%	Trimestral	160	Mantener los inventarios de insumos y medicamentos que respondan a una política de máximos y mínimos	Junio		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	RECURSOS FÍSICOS Y BIOMÉDICOS PA04	Garantizar que la institución cuente con los suficientes recursos físicos, biomédicos, tecnológicos e insumos para el cumplimiento y desarrollo de la misión.	para la prestación de los servicios misionales.				161	Mantene un promedio de los pagos a proveedores a 90 días	Diciembre		0
			Controlar inventarios de bienes e insumos conforme al consumo y deterioro que permitan el uso racional.	Proporción de registros e informes actualizados	100%	Trimestral	162	Documentar e implementar el proceso de gestión de inventarios			
			Garantizar la disponibilidad y renovación de equipos y tecnología conforme a las exigencias y necesidades del servicio.	Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento	>95%	Semestral	163	Gestionar ante la Dssa y el ministerio la consecución de equipos biomédicos mediante la presentación de proyectos			
							164	Genera el informe de necesidad de renovación tecnológica			
	ENTAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental	Minimizar los impactos ambientales que se puedan generar en las actividades de la prestación del servicio.	Proporción de impactos ambientales mitigados	>90%	Semestral	165	Capacitar y divulgar la matriz de impactos ambientales	Junio		
							166	Establecer el instructivo para seguridad del manejo de productos químicos	Agosto		
							167	Realizar muestreo de PCB al transformador de propiedad del hospital	Septiembre		
			Velar por el cumplimiento de la normativa de carácter ambiental y sanitaria aplicable a la institución.	Proporción de cumplimiento de la norma según normograma ambiental	100%	Semestral	168	Revisar y evaluar de forma trimestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Marzo		
									Junio		
									Septiembre		
			Diciembre								
			169	Atender en un 100% los requerimientos establecidos por los entes competentes relacionados con el área	Diciembre						
						170	Asesorar en el desarrollo de la planta de tratamiento de aguas residuales cuando las directivas lo requieran	Junio			
			Diciembre								
Consumo percapita de agua			Semestral	171	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de agua	Junio					
				172	Verificar los ahorradores de agua y solicitar el cambio de ser necesario						
Consumo percapita de luz			Semestral	173	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de luz	Junio					
				174	Diseñar los letreros de ahorro eficiente de recursos	Junio					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	ADMINISTRACIÓN AMBI	encaminado al desarrollo sostenible a través del uso eficiente de los recursos e incentivando la formación de una cultura ambiental institucional.	naturales.	Generación percapita de residuos		Semestral	175	Capacitar al personal de las dos sedes en el plan de manejo de residuos	Junio Diciembre		0	
							176	Divulgar el plan de contingencia de manejo de residuos	Junio Diciembre			
							177	Implementar el manejo seguro de residuos cortopunzantes				
							178	Mantener los indicadores de residuos	Junio Diciembre			
							179	Generar información sobre el manejo de residuos dirigido a la comunidad	Junio			
							180	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demás actividades de mantenimiento de zonas verdes de la institución	Junio			
							181	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periódicos a la gerencia y subdirección administrativa y financiera	Junio Diciembre			
							182	Realizar auditorías externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos generados en la institución	Junio Diciembre			
							183	Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantará al interior de la institución teniendo en cuenta la frecuencia contratada.	Junio Diciembre			
							184	Capacitar a los responsables de las líneas de defensa	Marzo			
							185	Monitorear la implementación del modelo	Diciembre			
							186	Presentar al departamento administrativo de la gestión pública la autoevaluación anual al sistema de control interno	Diciembre			
								COI				
185	Monitorear la implementación del modelo	Diciembre										
186	Presentar al departamento administrativo de la gestión pública la autoevaluación anual al sistema de control interno	Diciembre										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
COMPONENTE DE EVALUACIÓN Y CONTROL	CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS	Implementación, fortalecimiento y mantenimiento del Sistema de Control Interno	Retroalimentar a la institución y a los Entes de Control frente al desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno dentro del marco normativo.	Proporción de informes presentados	95%	Semestral	187	Presentar a la contaduría general de nación la evaluación del sistema de control interno contable de la institución	Diciembre			0		
							188	Presentar los informes correspondientes al modelo integral de planeación y gestión	Diciembre					
							189	Presentar ante la junta directiva los hechos relevantes de las auditorías realizadas	Diciembre					
			190	Realizar capacitaciones referentes a al implementación de mecanismos de gestión del riesgo tanto para las áreas asistenciales como administrativas de la institución	Diciembre									
			Sensibilizar y realimentar el Sistema de Control Interno en la institución.	Proporción de personal capacitado frente al Sistema de Control Interno	90%	Semestral								
	CONTINUA EC02	Definir, planificar e implementar el seguimiento, medición, análisis, control y mejora continua, necesarios	Fortalecer el procedimiento de atención al usuario velando por dar respuestas que garanticen el acompañamiento, la integralidad de la atención, accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad y calidez.	Tasa de satisfacción global	>90%	Mensual	191	Articular la gestión de PQRSF de las dos sedes	Junio				0	
							192	Realizar informes trimestrales sobre la gestión de la oficina de atención al usuario	Diciembre					
							193	Estructurar un plan de trabajo para la oficina de atención al usuario	Marzo					
							194	Apoyar el trabajo de las voluntarias mediante la articulación de las actividades con el hospital	Junio					
							195	Construir cronograma de temas propuestos para el desarrollo de los comités de ética	Marzo					
				Fortalecer, sensibilizar e incentivar la seguridad del paciente para la prevención de los eventos adversos y la participación de un grupo multidisciplinario que promueva análisis y gestión en la prevención de las acciones inseguras.	Índice de eventos adversos	<0.5%	Mensual	196	Socializar los paquetes instruccionales de seguridad del paciente	Diciembre				0
								197	Implementar el comité de infecciones	Marzo				
								198	Realizar capacitación sobre seguridad del paciente, que reportar y cultura organización de seguridad	Marzo				
								199	Presentar informes trimestrales de las actividades desarrolladas y el impacto generado por las mismas	Junio				
Diciembre														

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
	CALIDAD Y MEJORA	para asegurar el Sistema de Gestión de la Calidad, autocontrol y la satisfacción de los usuarios y su familia para la toma de decisiones.		Proporción de eventos adversos gestionados	100%	Mensual	200	Actualizar los formatos y consolidados de gestión de eventos para facilidad del grupo de análisis de eventos	Febrero					
							201	Involucrar a todas las áreas en el proceso de gestión de eventos adversos	Marzo					
			Estructurar y desarrollar el procedimiento de auditoría administrativa y médica en las diferentes áreas que permitan realizar control de	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%	Semestral	202	Realizar auditorías de historias clínicas	Junio Diciembre				0	
							203	Construir el cronograma de auditorías por procesos	Marzo					
			Implementar el procedimiento de Planes de Mejoramiento mediante el seguimiento y la socialización de los hallazgos a todo el personal.	Proporción de planes de mejora ejecutados	90%	Trimestral	204	Cosntruir diferentes formularios de reporte para promover la cultura de cero papel	Marzo					
							205	Realizar verificación de requisitos de habilitación	Agosto					
							206	Documentar los procesos de forma articulada con los servicios de la sede GMM	Diciembre					
							207	Estructurar una herramienta de seguimiento a los comités	Junio					
							208	Estructurar el trabajo como grupo de calidad con las responsabilidades	Marzo					
							209	Cosntruir un cronograma de reportes institucionales	Junio					
			ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%									0	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	0
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO										#¡DIV/0!				