

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							PROYECTOS					
							1	Formulación y ejecución de proyecto: Dotación y renovación de equipos biomedicos en el consultorio de oftalmología + vitreo	Diciembre	100	El proyecto se encuentra formulado Se aprobo el proyecto, la compra de equipos se realizara a principios de 2018	62.5
							2	Formulación y ejecución: Fase final de Historia clínica electronica	Diciembre	100	El proyecto se encuentra formulado La historia clínica electronica empezo a funcionar desde el 25 de septiembre	
							3	Formulación proyecto planta de tratamiento aguas residuales	Diciembre	10	Pendiente definir ubicación con gerencia y entregarlo a la seccional	
							4	Formulación proyecto: Remodelación y ampliación del Hospital San Juan de Dios	Diciembre	100	Se inscribio en plan bienal, una observacion de la seccional, pendiente reunión con el doctor para definir como elaborar el programa medico-arquitectonico para presentar proyecto para los diseños	
							5	Formulación y ejecución de proyecto dotación para la ejecución del programa familia canguro	Diciembre	100	El proyecto esta formulado Pendiente definir recurso propios Falta el bilirrubinometro	
							6	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación centro de especialistas de consulta externa	Diciembre	0		
								Formulación y ejecución de				

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	7	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación area de farmacia	Diciembre	0								
							8	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuar sala de pediatría en urgencias y sala de espera externa en urgencias	Diciembre	100	Se adecuo en abril la sala de espera externa en urgencias No se reubico la sala de pediatría sino que se adecuo para							
							MANTENIMIENTO PLANTA FISICA											
							9	Cumplimiento de plan de mejora priorizado para el plan de intervención resultados indice de seguridad hospitalaria, presentado al ministerio de salud del resultado de la auditoria realizada en diciembre de 2017	Diciembre	30	Se realizo adecuación de consulta externa y se instalaron las peluculas de seguridad en las ventanas	0						
							10	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta fisica	Diciembre	50	En el primer semestre se cumplio lo programado, del segundo semestrew hay algunas cosas retrasadas por la insuficiencia de personal de mto							
							EQUIPOS BIOMEDICOS											
							11	Adquisición, reposicion y mantenimiento de equipos	Diciembre	100	*Se adquirió una incubadora de transporte, torniquete manual, monitor fetal, videocolonoscopia, videogastrosocopia, Oftalmoscopio indirecto, Balanza pediátrica, Tres equipo de organos, Tres fonendoscopios, Tres monitores de signos vitales, tres tensiometros *Se cumplió al 100% con la programación de mantenimiento de equipos, además de la validación, controles de calidad y calibración de equipos	100						
							MUEBLES Y ENSERES											

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADERO Y COMUNICACIONES PEDZ						12	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre	100		100
		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	13	Revisar y actualizar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio	0		
							14	Socializar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio	0		
							15	Implementar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio	0		
		Generar una cultura organizacional enfocada a la comunican interna.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	16	Construir videos de promoción institucional para los clientes internos y externos	Septiembre	100	Se realizaron diferentes publicaciones con temas del programa familia canguro y trabajo social		
						17	Actualizar el contenido de la intranet y pagina Web	Junio	100	Se estan haciendo publicaciones periodicas de las promociones del		
						18	Desarrollar el contenido para el curso de inducción y reinducción en el aula virtual	Septiembre	100	El curso de inducción esta disponible en el aula virtual para el personal que no pueda asistir a las inducciones presenciales		
		Posicionar los servicios y el modelo de atención del Hospital tanto a nivel local como departamental.	Estructurar, adecuar, fortalecer y completar el portafolio de servicios enfocado a nichos de mercado externo.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	19	Estructurar con cada uno de los servicios estrategias para la venta de servicios	Junio	0		
							20	Revisar lo codigos cups con cada servicio y estructurar un listado completo de todos los procedimientos que se realizan	Agosto	100	Se hizo verificación de todos los codigos cups en un documento en excel dejando señalado los procedimientos que se realizan en el hospital	
			Fortalecer la comunicación con las aseguradoras	Variación de la concentración de la contratación	-10	Semestral	21	Establecer una ruta de comunicación acertiva con las aseguradoras	Agosto	0		
							22	Apoyar el área de contratación frente a la oferta de servicios a las aseguradoras	Septiembre	0		
				Proporción de				23	Identificar los productos estrella de las areas que se pueden mercadear con tarifas particulares especiales	Junio	0	
		41.6666667										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	CONTRATACIÓN PED3	Desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida con los diferentes actores del Sistema, buscado fortalecer sus procesos de atención, las respuestas a sus necesidades y optimizar el aprovechamiento de los recursos.	Fomentar la venta de servicios a los particulares.	usuarios particulares atendidos	>10%	Semestral	24	Implementar el uso de redes sociales para la socialización de programas institucionales y venta de servicios	Junio	100	Se abrió la pagina de facebook institucional donde se tienen publicados los servicio del hospital y se actualizan	57.14285714
			Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	Número de alianzas establecidas	Variación positiva	Anual	25	Desarrollar propuesta de contratación para el Programa Familia Canguro y darlo a conocer a las aseguradoras	Marzo	100	Ya se ha negociado la propuesta, estan a la espera de la firma	
							26	Incluir en la contratación del banco de sangre el cobro de pruebas glosadas actualmente (HTLV y CORE)	Febrero	100	En febrero se empezaron los acercamientos con las aseguradoras. En todos los contratos de coloca	
			Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual	Semestral	27	Actualizar el instructivo de contratación con aseguradoras incluyendo las etapas precontractual, contractual y poscontractual	Junio	0	No se ha actualizado	
							28	Realizar reuniones de realimentación con facturación, cartera y auditoria.	Febrero	0	No se han podido realizar por diferentes actividades	
									Septiembre			
									Diciembre			
			29	Realizar reuniones de seguimiento con las aseguradoras	Junio Diciembre	100	Se han realizado reuniones con savia					
			Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del mercado.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	30	Estructurar un portafolio de servicios ampliado para las aseguradoras	Marzo	100	Se estructuro con el Gerente	
							31	Dimensionar por aseguradora la cantidad de horas a ofertar por servicio	Diciembre	0		
			Garantizar una defensa técnica y jurídica de los diferentes procesos judiciales en contra de la institución	Proporción de procesos intervenidos	100%	Semestral	32	Consulta permanente de los procesos judiciales en contra de la institución	Diciembre	100	Se lleva un cuadro de procesos judiciales donde se le da seguimiento a las	
							33	Estructuración tecnica y juridica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales	Diciembre	100	Se realiza conforme a las normas existentes como codigo general del proceso y las diferentes solicitudes a los medicos para la defensa tecnica cientifica	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	JURIDICA PE04	Diseñar procedimientos jurídicos que le generen una seguridad legal a la institución en sus diferentes actuaciones.	en contra de la institución.				34	Recomendar a la dirección de la ESE sobre el estado de los procesos y cual es la mejor actuación a realizar dependiendo de la valoración probatoria	Diciembre	100	En el cuadro de seguimiento se establece cuales son los procesos judiciales que tienen un riesgo de pérdida alto, medio y bajo	100
			Desarrollo de procedimientos contractuales fundamentados en la normativa legal y los procedimientos administrativos internos de la institución con base en los principios de transparencia, economía y celeridad.	Proporción de procedimientos contractuales ajustados	100%	Semestral	35	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre	100	Se tienen definidas las fechas de revisión y evaluación de los actuales contratistas para definir si se continúan o se hacen nuevas contrataciones. Esta debió haber sido publicada efectiva en los términos que establece la ley en la página del SECOP y gestión transparente.	
			Llevar a cabo la selección de los contratistas con fundamento a las leyes y procedimientos establecidos para tal fin				36		Diciembre	100		
			Llevar a cabo un acompañamiento a las áreas de supervisión en la etapa de supervisión y liquidación de los procesos contractuales				37		Diciembre	100	Se construyó el instructivo de supervisión y se hicieron las delegaciones	
			Recepcionar solicitudes y dar respuesta a través de conceptos verbales o escritos sobre inquietudes presentadas por las diferentes áreas				38		Diciembre	100		
			Realizar un acompañamiento a las diferentes áreas de la institución en todas aquellas actuaciones que requieran algún tipo de soporte legal.	Proporción de solicitudes de acompañamiento efectuadas	100%	Semestral	39	Acompañamiento jurídico en la respuesta a tutelas y derechos de petición de acuerdo al acompañamiento solicitado	Diciembre	100	Se tiene evidencia en el caso con el informe de tutelas y derechos de petición	
			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				40		Diciembre	100		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Crear e implementar la Unidad de Cuidados Especiales.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	41	Hacer verificación de requisitos de habilitación	Marzo	100	Se realizara una verificación de todos los servicios en mayo. Se realizo verificación de todos los estandares	
							42	Generar proyecto para adecuación de la unidad de cuidados especiales	Mayo	100	se realizó evaluación de la viabilidad del proyecto por parte del Dr Maya de la SSSSA quien el 30 de diciembre da visto bueno y recomienda realización del proyecto	
							43	Revisar y actualizar los protocolos de la unidad de ciudades especiales	Agosto	0	Se pospone para el 2018	
							44	Socializar y evaluar los protocolos de cuidados especiales	Octubre	0	Se pospone para el 2018	
							45	Definir y actualizar con indicadores del servicio de urgencias y articularlo al cuadro de mando institucional	Febrero	100	Se actualizaron los indicadores y se encuentran en el cuadro de mando de indicaadores	
			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	46	Hacer verificación de requisitos de habilitación de urgencias	Septiembre	100	Se realizo verificación en junio y se enteege informe	
							47	Adoptar e implementar dos guias de practica clinica basadas en evidencia para el servicio de urgencias	Junio	50	Durante el año 2017 se adoptaron 12 guías de práctica clínica propuestas por el mimisterio	
									Diciembre			
							48	Revisar y actualizar los protocolos de urgencias	Diciembre	100	se revisaron y actualizaron los protocolos de triage, venopunción, limpieza y desinfección y cateterismo vesical	
								Marzo		Se realizo capacitación con enfermeria en manejo de heridas con el laboratorio euroetica		
								Mayo		Capacitación de dilución de medicamentos		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO						
	URGENCIAS PM01	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Urgencias basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.					Capacitar al personal en temas propios del servicio	Julio	100	Dilución de medicamentos en reanimación pediátrica	81.25						
								Septiembre		Se realizó capacitación de atención de paciente con síndrome coronario agudo							
								Noviembre		El personal de enfermería y auxiliar presentaron los cursos virtuales de reactivovigilancia y residuos							
								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	50	Realizar triage a todos los usuarios independientemente de que sea de ARL o SOAT dando cumplimiento a la Resolución 5596	Enero	100	Se incremento a 2200 pacientes en triage, ya todos pasan por triage
													51	Realizar reuniones evaluativa y jornadas de capacitación frente a triage	Marzo	100	Mensualmente se han realizado capacitaciones
															Mayo		Se hizo capacitación con el dr. Jorge Cardenas Urgentologo
		Julio	Se hizo capacitación del programa contigo IPS universitaria														
		Septiembre	Se capacito al personal en manejo de historia clinica electronica														
		52	Adecuar un consultorio para cita prioritaria particular	Julio	100	Se adecuo los cubiculos 32 y 33 para realizar triage por parte de											
		53	Comprometer a los directivos con la oportunidad de atención en el servicio de urgencias de medicina especializada	Marzo	100	Se organizo el cuadro de urgentologos, hay para todo abril											
		54	Establecer una política clara tanto para crue como especialistas frente a la aceptación y atención de remisiones	Septiembre	100	Se hablo con los especialistas para dar las directrices de aceptación, se estabilizo el grupo de crue											
							Proporción de										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
				remisiones aceptación	50%	Semestral	55	Dotar el cruce con celular con acceso a redes sociales	Enero	100	Se entregó smartfone al cruce para comunicación efectiva	
							56	Estandarizar colores de papel según prioridad en la referencia de pacientes	Abril	100	Se adquirieron las hojas de colores, pero se revaluó la operatividad de la actividad, por funcionalidad y costos se volvió al procedimiento anterior.	
							SALUD VISUAL					
							57	Continuar con la implementación del programa Alegarte de la alcaldía para la población escolar de Rionegro	Junio	100	En el marco del cierre del programa se elabora consolidado final de los 3 proyectos de la alcaldía el cual se presentará a la gerencia y a la secretaría de salud el viernes 17 de marzo de 2017. Se envió a la alcaldía el Programa Alegarte en su segunda fase con la nueva propuesta de cobertura para ser revisado y aprobado por contratación	
									Diciembre		Por ley de garantías se hace una prórroga del contrato y se hará una adición	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	AMBULATORIO PM02	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Consulta Externa basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.					61	Hacer implementación de las guías adoptadas para el área de salud visual	Junio Noviembre	50	Ya se reviso guías de Optometría del ministerio las cuales seran adoptadas por el Hospital y ya se realizo socialización de las guías de oftalmología adoptadas Se deja para la siguiente vigencia	
CONSULTA EXTERNA												
							62	Promocionar los servicios de consulta externa especializada por medio de radio, pasacalles, etc	Marzo	100	Se dio inicio con la publicación del servicio en facebook Se tiene realizado una publicidad de monitoreo, pero aun no se ha aprobado	
							63	Implementar el servicio de clinica de heridas	Septiembre	100	Se asigno a una enfermera y se encuentra en prueba piloto	
							64	Adecuar el área física para la ubicación de la unidad de monitoreo fetal	Octubre	100	Se recbio donación de un monitor y se adecuo la sala, empezo a funcionar desde diciembre	
			Intervenir en la oportunidad de asignación de citas y la accesibilidad de la misma.	Tiempo de estera en la asignación de citas de consulta externa especializada	15 días	Mensual	65	Establecer un personal estable para la asignación de citas por telefono	Junio	100	Se tienen dos personas que no rotan de asignación	
							66	Abrir mas horas de especialistas según demanda	Marzo	100	Se solicitan y abren agendas de las especialidades con mas demanda pero esto depende de la disponibilidad del especialista	
							67	Separar una cita por especialidad por día para usuarios particulares.	Marzo	100	Se dejan citas bloqueadas para tutelas y particulares.	
							68	Modificar los horarios del personal de citas para ampliar el tiempo de atención	Febrero	100	Los horarios y asignaciones se organizan constantemente a necesidad	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							69	Realizar estudio sobre capacidad instalada para identificar la cantidad de citas a ofertar	Junio	100	Se hizo revisión de la capacidad instalada utilizando el cuadro de sanitas para realizar contratación	80
			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	70	Estandarizar el procedimiento de traslado a los servicios de hospitalización y urgencias	Octubre	100	Se implemento la sala de prealtas, se organizo el proceso de hospitalización desde consulta teniendo en cuenta los cambios con la historia clinica electronica	
							71	Organizar un espacio en la agenda para garantizar las interconsultas	Septiembre	0	No se ha organizado	
							72	Asignar un camillero específico a consulta y entregar el cuadro de turno a la jefe para que sepan a quien llamar	Febrero	100	La agremiación responsable de los coamilleros no ha reorganizado el cuadro con asignaciones según los solicitado	
							73	Crear una agenda para revisiones posquirurgicas	Octubre	100	Desde el cuadro de turno se les da una asignación a todos los especialistas para consulta externa para realizar las revisiones	
							Crear, desarrollar e implementar la Unidad de Especialistas del Hospital.	Razón de especialidades particulares frente a hospitalarias	1/2	Semestral	74	Autoevaluación de estandares de habilitación
			75	Documentación de procedimientos	Septiembre	0						
			76	Socialización y capacitación al personal	Octubre	0						
							77	Hacer informe sobre las necesidades del servicio incluyendo el lactario	Mayo	100	El area de seguridad y salud en el trabajo realizo verificación del lactario y se genero informe a gerencia	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
							83	Crear lista de chequeo para verificar el proceso de atención del paciente procedente de los otros servicios	Septiembre	100	Con la implementación de la historia clínica electrónica las jefes pueden verificar que su paciente llegue sin ordenes ni, nada pendiente				
			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	84	Revisar los protocolos de hospitalización y definir cuales necesitan se actualizados	Marzo	100	En abril empieza un enfermero con seguridad del paciente con el se realizara esta actividad. Al realizar la verificación de habilitación se determino la necesidad de documentación y actualización				
										85	Actualizar la documentación de hospitalización	Mayo Octubre	0		
										86	Socialización y evaluación de los protocolos de hospitalización	Noviembre	0		
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	87	Medición de adherencia a los protocolos de hospitalización	Diciembre	0					
										88	Capacitar al personal de hospitalización en temas propios del servicio	Junio Diciembre	100	Se ha capacitado a los medicos en resistencia bacteriana Aislamiento	
										89	Realizar reuniones del servicio de forma trimestral para la socialización de planes de mejora	Febrero	100	No se ealizo reunión administrativas, se tienen programadas a partir de mayo. Se estan realizando las reuniones por salas de hospitalización	
							90	Hacer un inventario de equipos y generar un informe de requerimientos	Abril	100	Se genero un informe de necesidades desde mantenimiento biomedico donde se identifico las necesidades frente a faltantes y vida util				
							91	Redefinir el transito de personal y manejo del area del canal que comunica trabajo de parto y partos en cirugía	Junio	100					

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	92	Pintar el área del cafetín correctamente según la circulación permitida	Abril	100		62.5		
							93	Reubicar el puesto de facturación fuera del área quirúrgica	Abril	0	El planteamiento fue hecho por el subdirector científico anterior y en el momento no se considera viable			
							94	Hacer un estudio de suficiencia de instrumental según las especialidades ofertadas	Septiembre	0				
							95	Montar una sala de procedimientos menores mediante la reubicación de los equipos y materiales del cuarto de instrumentación	Junio	0	El planteamiento fue hecho por el subdirector científico anterior y en el momento no se considera viable			
						Proporción de documentación actualizada	25% anual	Anual	96	Hacer un diagnóstico de la información existente para el servicio de cirugía	Marzo		100	Se tiene identificado los documentos faltantes y desactualizados
					97				Definir cronograma y responsables de la actualización	Marzo	100		Se definieron los responsables de la actualización de los protocolos	
					98				Actualizar documentos del servicio	Septiembre	0			
					99				Socializar y evaluar documentos con el personal correspondiente	Noviembre	0			
					100				Medir adherencia a procedimientos	Diciembre	0			
					Creación, revisión, actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.				101	Capacitar al personal en temas propios del área quirúrgica según las falencias identificadas	Marzo		100	En las reuniones de personal se inicia con una actividad educativa
						Junio	El personal no realizó capacitación este mes							
						Septiembre	Todo el personal fue registrado en el aula virtual para desarrollar los cursos de aislamiento, toma de muestras, reactivovigilancia							
		Diciembre												
						102	Promover la cultura del reporte	Junio	100	Se realizó capacitación de concientización en las reuniones administrativas				

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	102 de eventos y acciones inseguras	Diciembre	100	Se dieron instrucciones de cómo hacer los reportes por el formulario WEB		
							103 Redefinir las reposnsabilidades del enfermero jefe del servicio	Marzo	100	Se delegaron las funciones de coordinación entre todos los jefes del servicio con el fin de empoderarlos ante el personal		
							104 Establecer alternativas con las pijamas para evitar el uso de busos externos en el area	Junio	100	Se realizo cotización para buzos exclusivos para cirugía		
							105 Perfilar grupos quirurgicos para los porgramas de oftalmologia y ortopedia	Junio	100	Los cuadros de turno del personal de auxiliar e instrumentación con asignaciones por especialidad		
							LABORATORIO CLINICO					
							106 Revisar y actualizar de ser necesario la documentación del área	Junio	100	Se ha actualizado lo referente a riesgos y el procedimiento del servicio. En proceso revisión del Manual de procedimientos de cada área.		
							Diciembre	Se documento el protocolo de cultivo de tamizaje de streptococos del grupo B y el cultivo para búsqueda de enterobacterias productoras de carbapenemasas.				
							107 Socializar y evaluar documentos con el personal correspondiente	Junio	100			
							Diciembre	Todo el personal en la inducción realiza la				
							108 Medir adherencia a procedimeintos	Junio	100	Se hizo medición de adherencia al procedimiento de laboratorio y reactivovigilancia		
							Diciembre					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO							
	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	109	Proyectar una propuesta de venta de servicios particulares de laboratorio a empresas de la región	Marzo	100	Se elaboraron tres propuestas de venta de servicios a particulares según fueran adultos, jóvenes o niños	80						
							110	Capacitar al personal de toda la institución en temas relacionados con el laboratorio	Abril	100	Se capacito al personal de Servicio farmacéutico, Banco de							
									Agosto		Se capacito al personal de laboratorio en parametros de diabetes 2017							
									Diciembre		Se monto la capacitación de toma de muestras en el aula virtual dirigida a toro el personal asistencial							
							LABORATORIO PATOLOGIA											
							111	Clasificar los reactivos de patologia y crear etiquetas de seguridad	Marzo	100	Se reclasificarón los reactivos, se investigaron las fichas y se desecharon alguno, se estudiaron los pictogramas a cada sustancia	80						
							112	Revisar y actualizar la documentación del servicios de patologia	Marzo	50	Se ha actualizado gran pate de la documentación; sin embaego no se ha pasado a codificación debido a que en el mes de septiembre se asumió el funcionamiento de la sede Gilberto Mejía lo que requiere implementar la informacion del servicio de citologías, además se realizó inscripción ante la red de laboratorios de Antioquia lo que exige ampliar cierta documentación							
									Junio									
							113	Implementar el servicio de toma y lectura de citologia	Junio	100	Se esta prestando el servicio en la sede GMM							

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO							
		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.					114	Ingresar a la red de control de calidad de citología del departamento de Antioquia y a	Diciembre	100	Se ingreso a las red de control de calidad de citología							
							115	Montar coloración de PAS, ZN, PAP	Abril	100	Se monto la coloración de PAP, las otras se implementara para el 2018 por costos							
							RAYOS X											
							116	Revisar y actualizar la documntación de rayos X	Marzo Junio	0		25						
							117	Socialización y evaluación de la documentación de rayos x	Agosto	0								
							118	Medición de adherencia a los protocolos de rayos x	Noviembre	0								
							119	Capacitar al personal en temas propios del servicio de rayos x	Abril	100	El personal se puso al día con las capacitaciones del aula virtual							
									Agosto									
									Diciembre									
							120	Crear estrategias que permitan la fidelidad de las empresas en el aporte de campañas extramurales	Junio	100	Se realizan jornadas de donación acompañadas de jornadas de salud visual							
									Diciembre		Hasta octubre se continuo con la alianza con el servicio de salud visual. Ademas a cada empresa se le esta enviando el certificado de responsabilidad social. Se realizan programas radiales en diferentes municipios (granada, guatape, carmen de viboral)							
									121		Hacer una capacitación al personal de los servicios sobre la donación y sus mitos	Mayo Noviembre	100	En la socializacion del paquete instruccional se capcito sobre este tema. Se capcito a las voluntarias en enero Si desarrollo contenido para las redes sociales sobre los mitos				
		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												

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	APOYO TERAPÉUTICO PM06			Tasa de positividad por 100,000 donantes	-2%	Trimestral	122	Fortalecer la cadena de donantes voluntarios mediante la entrega del carnet club amigos	Marzo	100	se tiene una tarjeta que se entrega a los donantes que desean participar y hagan compromiso de activar la cadena de 10 donantes	100
		Aprovechar, fortalecer y desarrollar la capacidad instalada del Banco de Sangre y Servicio Tansfusional para mejorar la oportunidad en la prestación del servicio, garantizando la atención con calidad y eficiencia.	Rentabilidad	>25%	Mensual	123	Permitir seguimiento continuo de los contratos vigentes para realizar plan de mejoras oportunos	Junio	100	Se realiza acompañamiento y seguimiento a cartera para el cobro		
			Proporción de usuarios internos satisfechos	90%	Semestral	124	Realizar un proyecto de investigación con el personal en formación	Diciembre		100	Se realiza acompañamiento y seguimiento a cartera para el cobro	
		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	125	Realizar verificación de los requisitos de habilitación del servicio transfusional y velar por el cumplimiento de la normatividad exigida por el invima	Febrero	100	Se reprograma verificación para marzo. Se realizo en marzo con un cumplimiento del 100%		
				126		Capacitar al personal en temas propios del servicio de banco de sangre con apoyo del personal, proveedores y asesores (20)	Abril	100	Se capacito en discrepancias en inmunohematologia			
							Agosto		Se capacito en herramientas estadísticas			
							FISIOTERAPIA					
			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	127	Capacitar al personal en temas propios del servicio	Marzo	100		Se socializo un articulo sobre la evolución de un paciente con lesión de tendón de aquiles
					Junio							
					Septiembre							
					Diciembre							
							128	Plantear un proyecto de escuelas saludables para el cuerpo humano	Junio	100	Se estructuro una propuesta de implementación de la escuela de columna y hombro para ser evaluada por la gerencia	100

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO	
							129	Designar personal exclusivo para el sostenimiento de los programas de tecno y farmacovigilancia	Junio	100	Se han asignado horas de un regente de farmacia para apoyar las actividades de estos programas. Compartia actividades de historia clinica electronica. Para el 2018 se contarta con dos quimicos farmaceuticos para distribuir dichas funciones	
							130	Designar personal especifico para los programas de atención farmaceutica y seguimiento farmacoterapeutico	Junio	100	Se han asignado horas de un regente de farmacia para apoyar las actividades de estos programas. Compartia actividades de historia clinica electronica. Para el 2018 se contarta con	
							131	Cumplir con normatividad referente a dosis unitaria mediante suscripción de contrato para la elaboración de dosis unitaria y nutriciones parenterales	Febrero	100	Se firmo contrato de elaboración, venta y suministro de mezclas para nutrición parenteral (PE-NPT14-11-2016)	
							132	Adquirir medicamentos en presentación de dosis unitaria	Febrero	100		
							133	Separar las actividades administrativas y asistenciales que se desarrollan en el servicio	Junio	100	Se realizan las actividades propias del servicio farmaceutico, las compras fueron asumidas por un delegado de administración	
									Marzo		Se hizo capacitación sobre uso prudente de antibioticos el 26 de mayo	
			Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual			Junio		Se hizo capacitación de farmacovigilancia, tecnovigilancia y medicamentos hologos el 10 de mayo	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
		Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.					134	Capacitar al personal en los temas propios del servicio	Septiembre	100	Capacitación sobre historia clínica electrónica, en octubre se hizo capacitación de seguimiento al proceso de aire medicinal	93.33333333
								Diciembre		En noviembre se hizo capacitación en dispensación de medicamentos y dispositivos médicos		
							135	Revisar los pocedimientos del servicio farmaceutico, incluidos farmacia de cirugía y ambulatoria	Marzo	100	Se tienen definidas las fechas de actualización de cada documnto según el listado maestro del servicio	
							136	Hacer cronograma de actualización de procedimientos con sus responsables	Marzo	100	Se tienen definidas las fechas de actualización de cada documnto según el listado maestro del servicio	
							137	Actualizar los pocedimientos del servicio farmaceutico, incluidos farmacia de cirugía y ambulatoria	Diciembre	100	Se encuentran dispónibles en la biblioteca institucional	
							138	Socializar y evaluar los procedimientos con el personal correspondiente	Diciembre	100	Se realizo socialización de los procedimeintos generles del servicio farmaceutico	
							139	Medir adherencia a los protocolos del servicio	Diciembre	100	Se realizo verificación de conocimientos y realización de actividades a todo el personal	
									Marzo		Se tienen fechas para abril, agosto y diciembre	
									Junio		Se hizo verificación de las codiciones frente a los requerimientos del invima y se hicieron las respectivas solicitudes	
							140	Realizar reuniones periodicas		100		

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			Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido	4	Mensual	del grupo de aire medicinal	Septiembre		Se realizo reunión con el grupo y cryogas para prepararnos para la recertificación		
								Diciembre		Se realiza reunión la tercera semana de diciembre y se define plan de trabajo para la recertificación		
							141	Realizar Control de Calidad y archivar el Batch Record de cada lote de producción de aire medicinal (4 lotes al mes)	Junio	100		Se lleva carpeta de batch record al día
									Diciembre			Se lleva carpeta de batch record al día
							142	Realizar Autoinspección al Proceso de Producción de Aire Medicinal (semestral)	Junio	100		Se realizo según cronograma
									Diciembre			
							143	Realizar correctivos según los hallazgos de la auditoria interna	Junio	0		Pendiente correccion de pisos y mtto de paredes
									Diciembre			
							144	Hacer el estudio de costos del material medicoquirurgico reusable	Junio	100		Se reenvia estudio de costos a subdirección para toma de decisiones
							145	Solicitar cotizaciones del material medicoquirurgico que se re-usa en el hospital	Marzo	100		
							146	Hacer la politica de no-reuso	Junio	0		En la institución se reusa meterial medico quirurgico, por lo tanto no es posible generar una política de no reuso
							147	Crear el registro de re-uso que permita llevar una trazabilidad confiable	Junio	100		Se construyo la planilla de registro y propuesta de metodologia
							148	Revisar y actualizar el protocolo de reuso	Mayo	100		Se actualizo la metodologia del protocolo de reuso y se tienen listas la plantillas para la implementación
							149	Socializar y evaluar el procedimiento de re-uso	Junio	0		
							150	Dar inicio a la implementación del protocolo de reprocesamiento	Septiembre	0		
			Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Anual						

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
		Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.					151	Socializar el protocolo de reprocesamiento con el personal de los servicios clientes	Noviembre	0		68.75	
							152	Certificar al personal de esterilización en buenas practicas	Febrero	100	Se inscribio todo el grupo en un curso virtual con el politecnico mayor, inicia el 17 de abril. Para mayo todo el personal tenia el certificado		
							153	Capacitar al personal en los temas propios del servicio	Febrero	100	Se hizo una capacitación sobre autoclaves y manejo de equipos medicos con Biomebsas el 23 de marzo		
									Mayo		Se realizo la capacitación virutal de buenas practicas de esterilización		
									Julio		Se realizo la capacitación de manejo de residuos		
									Septiembre		Se realizo capacitación de tecnovigilancia		
							154	Hacer analisis para una posible remodelación de la central	Junio	100	Se envia propuesto de remodelación a la subdirección científica para evaluación		
				Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	155	Hacer una capacitación sobre el manejo, transporte y almacenamiento del material esteril al personal de los sevicios clientes	Septiembre	100		Se tiene disponible la capacitación en el aula virtual
								156	Crear e implementar encuesta de satisfacción y formato de quejas y reclamos	Febrero	100		Se creo la encuesta y se aplicara a los servicios clientes
								157	Implementar el sistema de verificación de integridad del material esteril	Febrero	100		Se estructuro el formato, no obstante no se ha empezado a aplicar. En la verificación de

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							158	Hacer autoinspecciones de los procedimientos de esterilización	Marzo	100	Se aplico la lista de chequeo según criterios de la Resolución 2183 de 2004, se verifica criterios de Organización de central de esterilización, Saneamiento, Higiene personal, Instalaciones y Documentación	
								Junio			Cada trimestre se realizo una verificación frente a los requisitos del amual de buenas practicas de esterilización	
								Septiembre			Se aplicó lista	
								Diciembre			Se aplicó lista	
							159	Implementar un sistema de trazabilidad	Octubre	0		
			Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida	si	Anual	160	Hacer un estudio de remuneración	Junio	100	En el estudio de planta temporal se contempla la escala salarial	
							161	Estructurar un programa de incentivos y bienestar laboral	Marzo	0		
							162	Realizar dos actividades de bienestar laboral para todo el personal	Junio	100	En la semana del hospital se realizaron actividades de bienestar laboral, obra de teatro, charlas educativas	
								Diciembre			El 15 de diciembre se realizo actividad de integración incluyendo	
							163	Actualizar los procedimientos de talento humano	Mayo	100	Se actualizaron los instructivos de capacitación, inducción y se hizo revisión de los de selección de personal	
							164	Realizar un estudio de necesidad de personal de toda la institución	Junio	100	En conjunto con la secretaria de salud se realizo el estudio para la creación de una planta temporal, se socializara en el 2018	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL PA02			Organizar y realizar seguimiento a los convenios docencia servicio dando a conocer la programación mensual por área.	Proporción de adherencia a Convenios Docencia Servicio	100%	Semestral	175	Cumplir con el cronograma de comité docencia servicio	Diciembre	100	Se han realizado las reuniones con cada institución. En total se hicieron 4 reuniones en el año.				
							176	Hacer un estudio para determinar el número de estudiantes por servicio según la capacidad instalada y el riesgo	Abril	100	Se realizó una reunión con los líderes de las áreas para determinar los estudiantes que se recibirán para el 2018				
							SISTEMAS						177	Implementar un sistema de solicitud de soportes a través de la intranet	Noviembre
	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,			Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	178	Implementar en la página Web el sistema de PQRSF	Junio	100	Se desarrolló un aplicativo para la recepción y gestión de PQRSF	100		
								179	Implementar en la página Web el ítem de preguntas frecuentes	Julio	100				
								180	Implementación de la historia clínica electrónica	Agosto	100	Se encuentra en producción y en proceso de ajustes. Los módulos están siendo utilizados por el personal asistencial. La historia está funcionando desde el 23 de septiembre.			
				181	Levantar el inventario de necesidades de hardware para el personal clínico	Marzo	100	No ha sido posible realizar recorrido para identificación de necesidades con el subdirector científico encargado. Se realizó la actividad de forma completa en							
				ARCHIVO CLÍNICO						182	Realizar la depuración de historias clínicas	Marzo		100	Se dio inicio a la depuración del archivo de gestión
				Junio	Con la resolución 839 de 2017 se estipulan nuevos requisitos para la depuración de historias										
	Septiembre	El archivo está separando las historias clínicas con ciertos criterios para que en 2018 un profesional de la salud de el visto bueno de eliminación													

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO							
	SISTEMAS DE INFORMAC	completa, accesible, oportuna y amigable que permita la toma de decisiones.					183	Revisar y actualizar el procedimiento de archivo clinico	Marzo	100	Pendiente la socialización							
							184	Definir las funciones especificas de cada asignación y re-estructurar la rotación de las mismas	Marzo	100	La agremiación entrego las funciones por escrito							
							185	Retomar el registro en el software de control de la historia clinica	Abril	0	No se realizo							
							186	Presentar informe sobre el impacto de las actividades propuestas	Junio	100	La coordinadora del archivo presento informe de situación del archivo en el comité de enero							
							CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS											
								Proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de sistemas de información	Proporción de presupuesto ejecutado	>90%	Semestral	187	Levantar el formato unico de inventario documental	Abril	100		100	
							188					Elaboración y aplicación de tablas de valoración documental	Abril Septiembre	100				
							189					Elaborar diagnostico integral del fondo acumulado	Abril	100	Se realizo reunión de aprobación de tablas para enviar al archivo general de la nación			
							190					Hacer una investigación preliminar sobre la institución y sus fuentes documentales	Abril	100				
							191					Analizar e interpretar la información recolectada	Junio	100				
	192	Elaborar propuesta de tablas de valoración	Septiembre	100	Se entrego la propuesta de tablas al concejo general de archivo el 30 de agosto													
	193	Realizar ajustes según las observaciones del consejo departamental de archivos	Diciembre	100	El archivo general no dio respuesta, lo cual indica aprobación sin embargo se espera para aprobación por escrito													
		Rediseñar y ajustar el procedimiento de facturación que permita una relación directa y acorde con el servicio misional.	Proporción de acciones facturadas	>95%	Trimestral	194	Rediseñar el procedimiento de facturación, con construcción de indicadores, puntos de control	Marzo	20	Se han eliminado los conceptos para la facturación de consulta externa y estan en proceso laboratorio y cuidados/interconsultas	50							
	195					Capacitar al personal de facturación frente al proceso	Abril Mayo	100										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS DE APOYO	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	Implementar gestiones efectivas y eficientes que permitan la conciliación permanente y recuperación de cartera.	Proporción de recaudo	>80%	Trimestral	196	Interactuar con todos las instituciones que le adeudan al hospital	Diciembre	100	Se ha participado en las mesas de trabajo, se ha hecho el cobro de cartera a través de circularización de saldos	100
							197	Reclasificar la cartera constantemente	Diciembre	100	Se hace informe periodico para la subdirección	
							198	Constituir las provisiones de cartera según lo estipulado por ley	Diciembre	100	Se dio cumplimiento a las políticas de cartera	
			Garantizar la programación y cumplimiento del plan de pagos acorde a los indicadores financieros institucionales.	Oportunidad en la realización de pagos	<90 días	Trimestral	199	Cumplimiento plan de pagos	Diciembre	100	Se tienen una priorización de cuentas por pagar, se da prioridad a nomina, impuestos, servicios publicos demandas y consiliaciones	100
											Indicador liquidez	
			Garantizar que la información financiera refleje el accionar institucional con confiabilidad y calidad.	Oportunidad en la realización de informes	100%	Trimestral	200	Actualización de políticas contables	Abril	100	Se trabaja con la versión 2 aprobada por la super salud en octubre de 2016	100
	201	Entrenamiento de los funcionarios del área de contabilidad en los diferentes puestos					Agosto	100	Se entreno personal nuevo para remplazo de vacaciones de personal de presupuesto y el auxiliar de costos tambien se entreno en el mismo			
	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.	Garantizar la disponibilidad y oportunidad de equipos, insumos y medicamentos acorde a las necesidades para la prestación de los servicios misionales.	Proporción de cumplimiento plan de compras	>85%	Trimestral	202	Actualizar el registro de proveedores según requerimientos de sarlaft y protección de datos	Junio	0		66.66666667
							203	Rediseño del proceso de compras y almacen	Junio	100	Se centralizaron las compras en una sola persona para mayor control	
			Controlar inventarios de bienes e insumos conforme al consumo y deterioro que permitan el uso racional.	Proporción de registros e informes actualizados	100%	Trimestral	204	Actualizar el manual de inventarios	Junio	0		
							205	Asignar una auxiliar de forma mensual para realizar los inventarios de equipos por cada servicio	Marzo	100		
			Garantizar la disponibilidad y	Proporción de			206	Construcción del plan de mantenimiento de equipos y	Junio	100	Biomebsas realiza el cronograma de mantenimiento de equipos a principio de año	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
			renovación de equipos y tecnología conforme a las exigencias y necesidades del servicio.	Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento	>95%	Semestral							
							207	Realizar un diagnóstico de edades de equipos y necesidad de renovación tecnológica	Junio	100	Se tienen informe de necesidades de renovación según vida útil de equipos		
				Minimizar los impactos ambientales que se puedan generar en las actividades de la prestación del servicio.	Proporción de impactos ambientales mitigados	>90%	Semestral	208	Identificar las sustancias agotadoras de la capa de ozono presentes en el hospital	Julio	100	Se identifico por parte de mantenimiento que las neveras usan un refrigerante que no agota la capa de ozono	
								209	Revisar y actualizar la matriz de impactos ambientales y establecer acciones de prevención y mitigación de los impactos identificados	Julio	100	Se actualizo y publico en la biblioteca institucional	
								210	Establecer alternativas para la reducción de carga contaminante en las aguas residuales (PTARI)	Noviembre	100	Se presentaron al comité de gestión ambiental las alternativas para mejorar el cumplimiento de la resolución 0631	
								211	Realizar muestreo de PCB al transformador de propiedad del hospital	Septiembre	0	Se realizaron cotizaciones, pero no se realizó el muestreo	
								212	Revisar y evaluar de forma trimestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Marzo	100	Se tiene actualizado el normograma disponible en la biblioteca institucional	
										Junio			
										Septiembre			
										Diciembre			Se esta cumpliendo con toda la normatividad aplicable
								213	Actualizar el normograma ambiental	Abril	100	Se actualizo y se tiene en plataforma	
								214	Atender en un 100% los requerimientos establecidos por los entes competentes	Junio	100	Se cumplio con el requerimiento frente al	
										Diciembre		Se recibio visita de la seccional, no dejaron requerimientos al área ambiental	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			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	Presentar informes a las autoridades ambientales y sanitarias competentes	Febrero	100	Se envió a Cornare (radicado #131-0805-2017) y a la Secretaría Local de salud (radicado #2017102511) el informe de gestión ambiental año 2016 y se envió a la Secretaría Local de salud el informe de seguimiento al plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares 2016 (radicado #2017102510). Se diligencio la encuesta ambiental de la contraloría.	
								Marzo		Se rendió el registro respel el 16 de marzo de 2017 y quedo con formato de cierre N° 5000135784	
								Agosto		Se realiza los reportes a la DLS Y Cornare de RH1	
							Realizar las reuniones del comité de gestión ambiental dando cumplimiento al cronograma establecido	Junio	100	Se tiene evidencia de todas las actas de reuniones	
								Diciembre		Se tiene evidencia de todas las actas de reuniones	
							Cumplir con las actividades planteadas dentro de los objetivos de eficiencia ambiental suscrito con CORNARE	Junio	100	Cornare no ha citado a reuniones sin embargo se les envió indicadores	
								Diciembre		El convenio se termina en octubre, se recibio comunicación de que por parte de ellos se esta realizando la	
				Consumo percapita de agua		Semestral	Hacer seguimiento al cronograma de jardinería para el aprovechamiento de aguas lluvias	Junio	100	Se ha realizado el seguimiento, en junio	
								Diciembre		Se han retrasado un poco las fechas de	
							Realizar y analizar los indicadores de comportamiento de consumo de agua, energía y residuos	Junio	100	Mensualmente se pasa a las directivas mediante el informe	
								Diciembre			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental encaminado al desarrollo sostenible a través del uso eficiente de los recursos e incentivando la formación de una cultura ambiental institucional.	Promover prácticas de producción limpia y uso racional de los recursos naturales.	Consumo percapita de luz		Semestral	Establecer alternativas para el cambio de termómetros en la institución	Junio	100	Se presento en el comité mayo las cotizaciones y se determino que se pasaran a gerencia y comité de compras para tomar la decisión.	96.15384615
								Diciembre		Se presentaron varias opciones el último envío fue en el mes de octubre a la gerencia y a la subgerencia científica, se incluire en el proyecto de renovación de equipos del 2018 la adquisición de monitores con medición temperatura y termómetros infrarojos	
							Establecer y supervisar cumplimiento del cronograma para la revisión del estado de grifos, tuberías y dispositivos ahorradores de agua	Junio	100	Se hizo revisión con los alfabetizadores y con manteniminto de planta física, se hizo	
								Diciembre			
							Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma del proceso de toma y analisis de agua potable y agua residual contratados por la institución.	Junio	100	El de agua potable se hizo el 2 de junio en urgencias, el 8 de junio en cirugía y de agua residual el 8 de junio.	
								Diciembre			
				Generación percapita de residuos		Semestral	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma de las actividades de limpieza y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua potable, agua lluvia y equipos de bombeo	Junio	100	Se hizo lavado de tanque en marzo 3-18 y en junio finalizando. En febrero y en mayo se hizo del tanque de aguas lluvias. En febrero abril y junio se hizo limpieza de los equipos de bombeo.	
								Diciembre			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							224	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma de cambio, limpieza y mantenimiento de filtros de agua potable	Junio Diciembre	100	Se cambiaron en enero, mayo y se hizo mantenimiento en marzo	
							225	Realizar instructivo para el manejo integral de PCB	Diciembre	100	Se actualizo y biblico en la biblioteca institucional	
							226	Cumplir con el cronograma de capacitaciones establecidos por el área ambiental y realizar evaluación de las mismas	Junio Diciembre	100	Se tiene un tema específico en la inducción ambiental. Se hicieron capacitaciones de plan de manejo integrado de residuos en	
							227	Socializar las fechas del calendario ambiental con el personal	Junio Diciembre	100	Se estan publicando las fehcas tambien en facebook.	
							228	Realizar auditorias internas cada seis meses en todos los servicios de la institución y cada tres meses en puntos criticaos con el fin de verificar el cumplimiento del PGI RSHS	Junio Diciembre	100	Se hicieron las auditorias con un total de cumplimiento de adherencia institucional del 93% y en los puntos criticos 83% se realizó auditoria a puntos criticos el 21 y el 27 de diciembre, con esto se da cumplimiento al plan de auditorias	
			Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	>90%	Semestral	229	Socializar y evaluar el plan de gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares	Junio Diciembre	100	Se hizo socialización en las reuniones El personal asistencial esta realizando la capacitación en el aula virtual	
							230	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demas actividades de mantenimiento de zonas verdesde la institución	Junio	100	Ya se realizo el cronograma y lo entrego a la oficina de gestion ambiental para su respectivo seguimiento	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							231	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periodicos a la gerencia y subdirección administrativa y financiera	Junio	100	Los informes quedan en los correos de los directivos y en el cad	
								Diciembre				
							232	Realizar auditorias externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos generados en la institución	Junio	100	Se hizo auditoria al vehiculo de ecologica el pasado 4 de mayo, a servimos el 22 de mayo	
								Diciembre				
							233	Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantara al interior de la institución teniendo en cuenta la frecuencia contratada.	Junio	100	Se vario en el dia programado pero se cumplio en el mes, ser ealizo control de	
								Diciembre				
							234	Realizar auditorias de control general según el cronograma establecido	Diciembre	100	Se realizaron cinco de ocho auditorias programadas	
								Realizar auditorias de control permanente a los procesos de contratación, gestión financiera y atención al usuario	Diciembre	100	Se realizaron dos de tres auditorias programadas	
								Realizar las auditorias de control inmediato cuando se presenten evento extraordinarios en la institución	Diciembre	100	Se realizo auditoria al proceso de adquisición del resonador y al contratao de alimentación	
237	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	Presentar al departamento administrativo de la gestion publica la autoevaluacion anual al sistema de control interno	Diciembre	100					
					Presentar a la contaduria general de nación la evaluación del sistema de control interno contable de la institución	Diciembre	100					
					Presentar ante la junta directiva los hechos relevantes de las auditorias realizadas	Diciembre	100	Se presenta informe de las auditorias donde no se evidencia actuar de la gerencia.				

85.71428571

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
Y CONTROL			Sensibilizar y realimentar el Sistema de Control Interno en la institución.	Proporción de personal capacitado frente al Sistema de Control Interno	90%	Semestral	240	Realizar capacitaciones referentes a al implementación de mecanismos de gestión del riesgo tanto para las áreas asistenciales como administrativas de la institución	Diciembre	50	Se realizó capacitación de los líderes de los procesos frente a la gestión por procesos e indicadores	
			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	241	Actualizar los protocolos y formatos de la oficina de atención al usuario	Junio	100	Se actualizaron todos los instructivos, no obstante se sugiere realizar un solo manual para el área	88.8888889
	242	Implementación y desarrollo del instrumento para la gestión de las PQRSF					Marzo	100	Se entregó toda la información necesaria para la construcción del aplicativo en la WEB para gestión de PQRSF, se unificaron los formatos de buzones y quejas directas			
	243	Actualizar la encuesta de satisfacción para medir aspectos no evaluados					Marzo	100	Se actualizó la encuesta con preguntas enfocadas a los ítems más repetitivos en las quejas			
	244	Adoptar nuevos protocolos para la intervención de casos en crisis					Junio	100				
	245	Implementar el directorio de lazos interinstitucionales para la atención psicosocial					Mayo	100				
	246	Implementar un sistema de gestión de quejas por medio de la página institucional					Septiembre	100				
	247	Hacer una visita de referenciación para evaluación de otras estrategias de trabajo					Junio	0				
	248	Implementar un programa de servicio social con los alfabetizadores en las áreas de hospitalización					Junio	100	En el primer semestre se hicieron talleres específicos con la practicante de psicología.			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
COMPONENTE DE EVALUACIÓN	CALIDAD Y MEJORA CONTINUA ECO2	Definir, planificar e implementar el seguimiento, medición, análisis, control y mejora continua, necesarios para asegurar el Sistema de Gestión de la Calidad, autocontrol y la satisfacción de los usuarios y su familia para la toma de decisiones.					249	Capacitar al personal de la oficina de atención al usuario en temas propios del área	Junio	100	Se realizó capacitación y evaluación al personal sobre el objetivo de su trabajo		
			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	250	Montar la capacitación sobre seguridad del paciente para la inducción en el aula virtual	Marzo	100	Se montó la capacitación completa, la cual quedará obligatoria para inicio del 2018	83.33333333	
							251	Re-estructurar el comité de seguridad del paciente de forma que resulte más proactivo	Marzo	100	Se modificó la metodología del comité. Y se está garantizando la asistencia de		
							252	Medir adherencia a los paquetes instruccionales	Junio	0			
									Diciembre				
							253	Implementar un sistema de socialización y evaluación del seguimiento de los eventos adversos analizados	Mayo	100	Se determinó una metodología de análisis de eventos y se socializó con todo el comité quienes participarán activamente de la gestión de eventos		
			Proporción de eventos adversos gestionados	100%	Mensual	254	Constituir un grupo primario de análisis de eventos adversos	Marzo	100	En comité de seguridad del paciente del mes de diciembre se define el grupo primario para el análisis de eventos adversos			
						255	Crear un formulario electrónico de reporte de eventos adversos	Marzo	100	Se realizó en el segundo semestre, ya que esto implica una modificación en la intranet de estructura. Se construyó el formulario en google			
			Estructurar y desarrollar el procedimiento de auditoría administrativa y médica en las diferentes áreas que permitan realizar control de los procesos administrativos y la garantía en la calidad de la prestación del servicio y el mejoramiento continuo de	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%	Semestral	256	Programar auditorías internas de historias clínicas de hospitalización por parte de enfermería	Junio	0			0
									Diciembre				
257	Realizar auditoría de adherencia a tratamientos	Junio	0										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			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	258	Construir un instrumento de seguimiento para llevar el consolidado de las actividades que se generen como oportunidades de mejora	Enero	100	Se construyo el formato esta pendiente su implementación con el grupo de gestores de calidad	100
							259	Conformar un grupo de calidad con los lideres de cada área y formalizar funciones referentes a la cultura de calidad	Marzo	100	Resolución 072 del 17 marzo 2017	
							260	Capacitar al grupo de calidad en metodos de auditoria, seguimiento a riesgos e indicadores	Mayo	100	Se realizo capacitación sobre verificación de habilitación, construcción de indicadores	
							261	Actualizar los protocolos y procedimientos del área	Junio	100	Se actualizo la documentación referente a calidad y sus	
							262	Socializar los protocolos del área	Julio	100	Los protocolos estan disponibles para consulta en la biblioteca institucional, todo el grupo de calidad los conoce	
							263	Implementar los protocolos del área	Septiembre	100	Los protocolos de área son totalmente administrativos, se van implementando inmediatamente ya que dependen de calidad	
ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%									204	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	77.56653992	
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO										79.56561816		