

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	Diciembre	100	Se incluyo dentro del convenio con el municipio El equipo solicitado llego en diciembre	
							2	Implementar la historia clínica electronica en la unidad ambulatoria (cableado, equipos y software)	Diciembre	100	Se adquirieron los equipos de computo Se instalo el cableado y puntos de red	
							3	Instalación de la planta de tratamiento aguas residuales	Diciembre	0		
							4	Inicio del proyecto: Remodelación y ampliación del Hospital San Juan de Dios	Diciembre	100	Se tiene el visto bueno de la secretaria de seccional y esta en el misnisterio con planos y revisión previa.	
							5	Actualización del circuito cerrado de comunicación	Diciembre	100	Se tienen programados tres televisores, estan pendientes dos por inconvenientes tecnicos con unos cables Las programaciones de videos duran una hora aproximadamente, se esta trabajando en mas contenido	75
	PLANEACIÓN PE01	Orientar el Hospital en la implementación de acciones que garanticen una sostenibilidad financiera, rentabilidad social y la	Modernizar y rediseñar la organización permitiendo la sostenibilidad financiera, desarrollo técnico-científico, de planta física y el	Proporción de cumplimiento del plan de acción	100%	Trimestral						

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO								
	PLA	generacion de un buen clima organizacional.	desarrollo social.				6	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación centro de especialistas de consulta externa	Diciembre	40	Se tiene los puntos de red								
							7	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación area de farmacia	Diciembre	100	Se ubicaron muebles cerrados para almacenamiento de medicamentos Se realizaron reparaciones y adecuaciones								
							8	Actualizar la plataforma estrategica	Junio	100	Se realizaron varias reuniones abiertas a todo el personal donde se hizo la actualización								
							MANTENIMIENTO PLANTA FISICA												
							9	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta fisica	Diciembre	100	Se realizo mantenimiento en áreas mas criticas de acuerdo a los hallazgos de habilitación		100						
							EQUIPOS BIOMEDICOS												
							10	Adquisición, reposición y mantenimiento de equipos	Diciembre	100	Se cumplio con el cronograma de mantenimiento y se renovaron algunos equipos por medio del contrato interadministrativo con el municipio		100						
							MUEBLES Y ENSERES												
							11	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre	100	Se realizaron adecuaciones de puestos de trabajo, elaboración de muebles para áreas asistenciales		100						
							12			Planear, estructurar e implementar el proceso de	Proporción de implementación del				Reestructurar el proceso de comunicación enfocado a los requerimientos de MIPG	Junio	100	Se actualizo de acuerdo a los recursos disponibles y las directrices de MIPG	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADERO Y COMUNICACIONES PE02	Fortalecer los canales de comunicación al interior del Hospital y establecer una relación directa entre la alta Gerencia y sus colaboradores.	Implementar el proceso de mercadeo y comunicación de la institución.	Implementación del proceso de comunicaciones	25% anual	Semestral	13	Realizar la rendición de cuentas enfocada al cliente interno y la comunidad	Junio	100	Se hizo rendición de cuentas en abril, se publicó en redes y se enfocó a las necesidades de los usuarios	100
			Generar una cultura organizacional enfocada a la comunicación interna.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	14	Estandarizar el uso de letreros en toda la institución (plantilla)	Junio	100	Se tiene la plantilla y han cambiado los letreros y todo lo nuevo pasa primero por comunicación	
							15	Construir una cadena de llamadas como parte del proceso de comunicación	Junio	100	Se incluyó dentro del procedimiento de comunicaciones	
							16	Iniciar con la construcción del plan estratégico de tecnología de la información	Diciembre	100	Se dio inicio en conjunto con el área de sistemas, entrega estimada en marzo	
		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	17	Construir un portafolio de servicios llamativo tanto para EPS como particulares	Junio	100	Se renovó la imagen del portafolio, se actualizó constantemente	
							18	Elaborar material publicitario para los servicios más llamativos del hospital	Junio	100	Se realiza con las unidades de negocio más rentables como laboratorio, salud visual, fisioterapia. Citologías	
			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	100	Se incluyó dentro del protocolo de contratación con EPS la cadena de comunicación en cuanto a parametrización de contratos e información general de ambas partes.	
							20	Actualizar el modelo de atención	Agosto	100	Se actualizó el modelo con la inclusión del primer nivel y el MIAS	
			Fomentar la venta de servicios a los particulares	Proporción de usuarios particulares	>10%	Semestral	21	Elaborar material educativo enfocado a promocionar los servicios particulares	Diciembre	100	Se elaboraron videos en redes sociales, se desarrollaron infografías	

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.	servicios a los particulares.	Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	atendidos		Anual	22	Realizar apoyo institucional y acompañamiento logístico a todos eventos	Diciembre	100	Se realizo en rendición de cunetas, inauguración de servicios, semana del	100					
							23	Retroalimentar a las EPS frente a las dificultades identificadas por el grupo auditor	Junio	100	Se tienen un auditor concurrente y de uno de calidad que tienen comunicación directa frente a adherencia, procesos y seguridad del paciente						
							24	Actualizar el protocolo de contratación con EPS	Septiembre	100	Se realizo homologación de CUPS con tarifas y se actualizo el protocolo						
							25	Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual	Semestral		25	Realizar seguimiento de contratos	Junio	100	Se realizan reuniones con Savia y Coomeva principales clientes
							26	Definir formatos de seguimiento de contratos					26	Definir formatos de seguimiento de contratos	Septiembre	100	Se construyo formato para diligenciar evaluación de contratos con EPS
							27	Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del mercado.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral		27	Estructurar un portafolio de servicios llamativo	Julio	100	Se renova la imagen del portafolio, se actualizara constantemente
							28	Actualizar el modelo de atención					28	Actualizar el modelo de atención	Julio	100	Se incluyo la sede y se tuvo en cuenta el MIAS
							29	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	100	
							30	Estructuración técnica y jurídica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales					30	Estructuración técnica y jurídica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales	Diciembre	100	
							31	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					31	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	

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.	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	32	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre	100		100
							33	Llevar a cabo la selección de los contratistas con fundamento a las leyes y procedimientos establecidos para tal fin	Diciembre	100		
							34	Llevar a cabo un acompañamiento a las áreas de supervisión en la etapa de supervisión y liquidación de los procesos contractuales	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	35	Recepcionar solicitudes y dar respuesta a través de conceptos verbales o escritos sobre inquietudes presentadas por las diferentes áreas	Diciembre	100		
							36	Acompañamiento jurídico en la respuesta a tutelas y derechos de petición de acuerdo al acompañamiento solicitado	Diciembre	100		
							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	100		
							38	Remodelación de sala 5 para implementación de sala de cuidados especiales	Junio	0		
Crear e implementar la Unidad de Cuidados Especiales.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	39	Construcción o actualización de Documentación para la unidad de cuidados especiales	Septiembre		Carlos Mario				
				40	Verificación de requisitos de habilitación	Diciembre	100	Se realizó verificación de todo el hospital				
				41	Apoyar la formulación del proyecto para la nueva unidad de urgencias	Marzo	100	Se presentó proyecto a SSAS y Ministerio para aprobación				

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.	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	42	Participar y fomentar el desarrollo del Sistema de emergencias medicas (SEM)	Junio	100		83.33333333			
							43	Articular las actividades para la prestación de servicios en los servicios de urgencias y hospitalización en la nueva sede	Junio	100					
				44	Capacitar al personal asistencial de la sede GMM en la estrategia AIEPI	Diciembre	100	Se capacito al personal de la sede GMM							
			Impactar los tiempos de espera en la atención de urgencias mediante el mejoramiento en las áreas de CRUE y Triage.	<30 minutos	Mensual	45	Reorganizar las asignaciones del personal medico	Junio	100	Se incluyo responsabilidad en triage y hospitalización					
						46	Capacitar al personal de triage en el proceso y el modelo ESI	Junio	100	Se relizo en julio por el jefe del servicio					
								Diciembre		Se relizo en el simposio					
				47	Actualizar el protocolo de triage	Marzo	100	Se incluyo la sede							
				Proporción de remisiones aceptación	50%	Semestral	48	Reorganizar el proceso de referencia y contrareferencia en la sede GMM	Junio	100	Se actualizo incluyendo la sede				
							49	Realizar reuniones periodicas con el personal del crue e involucrar el personal de la sede GMM	Diciembre	100	Se centralizo el proceso en la sede principal, se invita a la coor.				
			SALUD VISUAL												
			50	Continuar con la implementación del programa Alegarte de la alcaldia para la población escolar de Rionegro	Junio	100	Se cubrio la poblacion de CDI y Hogares infantiles								
							Diciembre	Se cubrio la población de transición y primero							
			51	Desarrollar la oferta de servicios de optica y consulta de optometria en la sede GMM	Junio	100	Se actualizo la lista de precios oftalmicos, se amplio el portafolio de lentes y monturas								
			52	Hacer medición y monitoreo de los indicadores propios del área de salud visual	Junio	100	Se reporta mensual del cumplimiento de indicadores								
Diciembre	Se encuentran dentro de la meta														
											100				

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.	Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.	Número de programas de Consulta externa creados		Semestral	53	Iniciar etapa de implementación de las guías adoptadas para el área de salud visual	Junio	100	Se tiene material de socialización de las guías de oftalmología							
								Noviembre	Se tiene la presentación para aula virtual									
							54	Elaborar material educativo para apoyar la divulgación de los servicios en la comunidad	Diciembre	100	Se realizaron plegables para pterigio y catarata							
									CONSULTA EXTERNA									
							55	Desarrollar estrategias de difusión y orientación de los servicios y educación para los usuarios	Diciembre	100	En cada procedimiento se dan educación al usuario las recomendaciones antes y después. Referente a las maternas en monitoreo anteparto se da información de atención al recién nacido y los cuidados posparto							
			56	Desarrollar estrategias con las aseguradoras que permitan disminuir los trámites administrativos	Diciembre	100			Con savia se implementó el trámite interno para realizar autorización y asignación de citas entre la EPS y el hospital directamente									
					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	100	Se logró disminuir el indicador de oportunidad					
			58	Definir rutas de comunicación entre los servicios		Junio	100	Se realizó actualización del protocolo de ruta crítica										
					56	Intervenir en la oportunidad de asignación de citas y la accesibilidad de la misma.		Tiempo de espera en la asignación de citas de consulta externa	15 días	Mensual	56	Desarrollar estrategias con las aseguradoras que permitan disminuir los trámites administrativos	Diciembre	100	Con savia se implementó el trámite interno para realizar autorización y asignación de citas entre la EPS y el hospital directamente			
			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						100		Se logró disminuir el indicador de oportunidad			
58	Definir rutas de comunicación entre los servicios	Junio			100	Se realizó actualización del protocolo de ruta crítica												

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			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	59	Reorganizar la asignación de revisiones e interconsultas	Junio	100	Se estableció la comunicación entre cirugía y consulta para garantizar la cita de revisión. Las interconsultas se realiza comunicación entre jefes para que el paciente sea valorado por el especialista	100
			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	100	Se tienen identificadas las especialidades con mayor demanda, no obstante se realizó esta actividad con el acompañamiento de los consultores dado que este fue un componente incluido en el contrato	
							61	Definir el área para la prestación del servicio y el recurso humano disponible	Diciembre	100	Se implementó la caja de particulares, se instalaron puntos de red para los consultorios definidos, en 2019 se presentará proyecto.	
			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	100	Se realizó auditoría de historias clínicas durante todo el año	100
							63	Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Crecimiento y desarrollo	Diciembre	100	Se realizó auditoría de historias clínicas durante todo el año	
							64	Adherencia a la Guía de Práctica Clínica Control prenatal	Diciembre	100	Se realizó auditoría de historias clínicas durante todo el año	
			65	Capacitar al personal asistencial en la estrategia AIEPI	Diciembre	100	Se realizó en octubre					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	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	100	Se estandarizo una plantilla para manejar la información en los servicios y se cambio para disminuir la contaminación visual	100
							67	Implementación de área de aislados	Junio	100	Se adecuo parte del pasillo con lavamanos y dotación de batas para inicio de atención en zona de aislados	
			Adecuación de las salas de hospitalización propendiendo por al bienestar del usuario.	Proporción de quejas relacionadas con la comodidad del usuario	<10%	Trimestral	68	Realizar mantenimiento de todas las areas de hospitalización	Diciembre	100	Se ha realizado mantenimiento de manera gradual dados los daños que requieren más urgencia	
							69	Realizar verificación de infraestructura y estructurar plan de mejora para mejorar la comodidad de los usuarios	Diciembre	100	Se realizo evaluación de infraestructura, se realizaron mantenimientos pertinentes y se implemento area de aislados	
			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	70	Priorizar la documentación a actualizar	Junio	100	Se actualizo protocolo de caídas, identificación de pacientes, úlceras por presión, manejo de antibiomaticos, aislamiento hospitalario, venopunción, sondas vesicales.	
							Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	71	Socializar la documntación actualizada por las diferentes areas	

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	73	Hacer un inventario de necesidades de equipos y priorizar la gestión de los mismos	Junio	100	Se incluyo en el convenio con el municipio las maquinas de anestesia, lampara cielitica, mesas de cirugía. Se compraron los equipo portatiles para HC. Se compraron sillas ergonomicas	80	
			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	100	Se actualizo el protocolo de profilaxis y antisepsia, lavado de manos		
							75	Socializar el paquete instruccional de cirugía segura	Septiembre	0			
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	76	Socializar la docuemtnación actualizada por las diferentes areas	Diciembre	100	Se realizo en compañía de seguridad del paciente		
								LABORATORIO CLINICO					200
								Ofertar el laboratorio por medio de descuentos en fechas especiales	Diciembre	100	Se realizo oferta en pruebas de VIH y paquete de ITS		
								77	Ampliar el portafolio del laboratorio de acuerdo a la demanda de los usuarios	Junio	100	Anticuerpos Dengue IgG e IgM, FENa (Excreción fraccionada de sodio), validación de química urinaria en 24h y Prealbúmina. Por medio de convenio interinstitucional se hace citometría de flujo para dx de enfermedades ultrahuérfanas: Hemoglobinuria paroxística nocturna, Síndrome hemolítico urémico atípico, Hipofosfatasa y Deficiencia de lipasa ácida Lisosomal.	

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	Socializar el paquete instruccional de toma de muestras de laboratorio	Agosto	100	Se ha socializado con los servicios de ginecoobstericia, ortopedia, quirúrgicas, patología, banco de sangre y se tienen agendados otros servicios para el resto de mes e inicios de octubre.	
							Realizar una capacitación de interés a todo el personal	Diciembre	100	Se tiene en el aula virtual las capacitaciones en Toma de muestras y de Reactivovigilancia, las cuales son permanentes. Se realizó capacitación en transporte de muestras a camilleros.	
LABORATORIO PATOLOGIA											
							Actualizar la documentación del servicio de patología	Junio	100	Se actualizo a noviembre se incluyo el servicio lab. Citología y se adicionaron protocolos de envío de muestras, manejo de cadaveres y coloraciones de PAS y ZN.	
							Actualizar la documentación del servicio de citología	Junio	100		
							Montar coloración de PAS en tejidos	Junio	100	La U Remington dono los reactivos	100
							Montar coloración de ZN en tejidos	Junio	100	Mediante convenio docente asistencial se realizo proyecto de investigación con la U. Remington y posteriormente se donaron los reactivos a patología	
RAYOS X											
		Fortalecer y rediseñar la contratación y mercadeo de					Revisar la documentación del servicio y actualizar la necesaria	Junio	100	Se actualizo el procedimiento de imagenología y se registro en los que ne requerian cambios la fecha de la revisión	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
		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.					84	Realizar verificación de requisitos de nueva normatividad y estructurar plan de mejora	Diciembre	100	Se hizo revisión de la norma y se cotizaron los diplomados en protección rx	100	
							85	Actualizar los volantes de preparación y recomendaciones para los procedimientos	Diciembre	100	Se actualizo el manual de preparaciones y los volantes		
				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		Fomentar la donación voluntaria a través de llamadas y correos a nuestros donantes	Junio	100	Se realizan llamadas cada tres o cuatro meses según genero	
										Diciembre		Se envian correos en la misma periodicidad y se manejan las redes sociales por comunicación	
										87		Realizar videos de educación a los usuarios sobre la donación de sangre	
				Tasa de positividad por 100,000 donantes		-2%	Trimestral	88	Promocionar la donación en universidades y empresas	Diciembre	100	Se realizaron campañas en la UCO, Politecnico Jorge Isaza Cadavid. Se esta trabajando en un poryecto UCO dona vida. Se realizo mural invitando a la donación de sangre en la fachada del banco.	
			APOYO TERAPÉUTICO PM06	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	89	Fortalecer las relaciones con los servicios de transfusión	Diciembre	100	Se continua con San Vicente de Paul, La Maria, Clinica San Juna de Dios de la Ceja, cunado es necesario Manuel Uribe Angel	100
					Proporción de usuarios internos satisfechos	90%	Semestral	90	Realizar un proyecto de investigación con el personal en formación	Diciembre	100	El estudiante de la UdeA realizo proyecto sobre las principales causas que afectan la captación de donantes, del cual se realizara un analisis para enfocar la captación de donantes en 2019	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
			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	100	Se realizo en mayo, se genero informe, no hay incumplimientos				
							92	Realizar inducción específica en banco de sangre y transfusión sanguínea a todo el personal que ingresa a la institución	Diciembre	100	Se realiza permanentemente al personal nuevo de enfermería y medico general.				
							93	Capacitar al personal en temas propios del servicio de banco de sangre con apoyo del personal, proveedores y asesores (20)	Abril	100	Se capcito en manejo de codigo rojo				
									Agosto		Capacitación en Anticuerpos irregulares				
									Diciembre		Actualización en Anti-Core y HTLV				
							FISIOTERAPIA							94	Realizar capacitaciones del personal del area
			Junio	Capacitación sobre Discapacidad											
			Septiembre	Actualización de pruebas semiologicas											
			95	Realizar material educativo para los usuarios	Junio	100	Se realizo material educativo en redes sociales sobre habitos saludables								
						Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	96	Presentar proyecto de la formula de medicamentos de control electronica	Junio	100	Se presento proyecto, esta pendiente visita de la DSSA para aprobación	
										97	Implementar la estrategia de marcación de medicación LASA	Junio	100	Se implemento desde mayo con el apoyode la uqimica farmaceutica asistencial	
										98	Realizar una actividad de socializaion y concientización de la importacia de los programas de farmaco y tecnovigilancia	Julio	100	Se elaboro un volante para socializar y entregar en las capacitaciones, además se realizo curso virtual.	
										99	Presentar proyecto para la implementación de reempaque de medicamentos solidos no esteriles	Diciembre	100	SE presento proyecto y se implementara en 2019	

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 PIM07	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.						Hacer dos boletines informativos como educación a usuarios	Mayo	100	Se hizo stand para educación a los usuarios en la sede GMM en hipertensión, farmaco y tecnovigilancia	100					
								Noviembre		Manejo de medicamentos parenterales						
							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 sostimiento de los procesos frente a los requisitos del in vivo	Marzo	100	Se realizaron todas las reuniones, se corrigieron los requisitos pendientes, se recibió visita de recertificación y se pasó sin complicaciones
														Junio		
														Septiembre		
														Diciembre		
							102	Realizar autoinspección del proceso de aire medicinal	Junio	100		No se encontraron hallazgos				
									Noviembre			No se encontraron hallazgos				
							103	Solicitar auditoría externa para preparación para la recertificación	Febrero	100		Se realizó en apoyo de la UCI				
							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	100	Se implementó en cirugía
												105	Crear y ejecutar sistema de trazabilidad	Julio	0	
												106	Reestructurar las asignaciones y funciones del personal	Diciembre	100	Se realizó aumento de salario a operarios, se especificaron más las funciones y responsabilidades del personal de auxilio enfermería como apoyo a la coordinación y se definió asignación de turno de noche frente al flujo de material a esterilizar
							107	Gestionar la adquisición de aire comprimido para el área de lavado.	Junio	100		Se adquirió un compresor y se instaló manguera y pistola				

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.	Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	108	Realizar visita e inspección a los servicios del hospital donde se realice lavado de instrumental e insumos medico-quirúrgico y de igual manera el lugar de almacenamiento de material estéril en cada servicio	Junio	100	Se estandarizo visitas mensuales a los servicios, con informes semestrales al comié de infecciones.	87.5								
							109	Implementar lubricación de instrumental en el proceso de lavado, estandarizando fecha para dicho proceso	Abril	100	Se solicitaron los productos y se incluyo dentro del manejo de instrumental									
							110	Capacitar al personal en temas propios del servicio.	Abril	100	Indicadores de esterilización									
									Agosto		Lavado de instrumental									
									Diciembre		Manejo de pinzas de laparoscopia									
							111	Implementar los indicadores de calidad del proceso de Esterilización que se encuentran en el manual de Central de Esterilización.	Diciembre	100	Se miden indicadores de fallas de equipos y fechas de est. Vencidas.									
										Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida		si	Anual	112	Estructurar el programa de bienestar y el plan de estímulos e incentivos	Abril	50	Están descritos pero desactualizados	
															113	Ejecutar las actividades de bienestar	Junio	100	Se realizan reconocimientos en cumpleaños y días especiales. Se hicieron reconocimientos de antigüedad laboral	
																	Diciembre		Se implemento el uso de camiseta institucional para los viernes. Se realizo el día del niño y la fiesta de integración	
															114	Actualizar la documentación de talento humano 30%	Junio	100	Se enviaron a calidad para revisión y publicación	
															115	Construir el cronograma de capacitaciones y publicarlo	Marzo	100	Se estructuro el cronograma por sedes	
							Junio													

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	TALENTO HUMANO PA01	Fortalecer la gestión del talento humano, dando prioridad al mejoramiento de las condiciones laborales para consolidar un equipo humano capacitado y con vocación de servicio.	Diseñar, actualizar, estandarizar, socializar, operativizar y evaluar las normas y procedimientos para la administración de todo el personal independientemente del tipo de contratación.	Proporción de actualización de procedimientos	25% anual	Semestral	116	Cumplir con el 80% de las capacitaciones programadas	Diciembre	100		94.11764706
							117	Realizar cuatro reuniones de personal con el gerente (Mi gerente escucha)	Marzo	100	Reunión general de personal	
									Junio		Reunión con líderes de procesos	
									Septiembre		Se realizo en el comité asistencial	
									Diciembre		Reunión de cierre de año	
							118	Realizar evauación de desempeño y acuerdos de gestión	Agosto	100	Se concertaron objetivos y se realizo el seguimeinto semestral	
			Implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Semestral	119	Planear y desarrollar del paquete instruccional Fatiga laboral	Marzo	100	Se presento en el comité de seguridad del paciente	
							120	Realizar auditoria de cuadros de turno y asignaciones	Marzo	100	Se tiene control de los cuadro en talento humano, de vinculados y agremiados Se genero comunicado con indicaciones para realizar un adecuado cuadro de turno	
							121	Realizar informe de ausentismo por patologias asociadas al cansancio laboral	Abril	100	Se presento informe a gerencia, se harán intervenciones en 2019	
							122	Capacitar a los lideres en estrategias en la programación efectiva y coordinación de grupos de trabajo	Mayo	100	Se capacito a los lideres de lo servicios en la elaboración de cuadros de turno y manejo de personal	
							123	Realizar jornada de vacunación Influenza	Septiembre	100		
							124	Actualizar la matriz de peligros	Septiembre	100	Se actualizo matriz y se publico	
125	Realizar inspección en central de gases medicinales	Diciembre	100	Se realizo en apoyo de la directora de Gases y se socializo con el grupo.								
126	Construir el cuadro de turnos general del personal en formación	Febrero	100	Se solicito a todas las instituciones educativas y se realiza mensualmente								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Socializar 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	127	Cumplir con el cronograma de comité docencia servicio	Julio Diciembre	100	Se realizaron los dos comités correspondientes al primer semestre Se realizó cierre y se entregó estudio de número de estudiantes permitidos	
							128	Hacer un estudio para determinar el número de estudiantes por servicio según la capacidad instalada y el riesgo	Abril	100	Se realizó recorrido por los servicios y se concertó con los jefes el número de estudiantes a recibir.	
							SISTEMAS					
							129	Ajuste del proceso de facturación a un modelo centralizado para cumplir con los lineamientos de facturación electrónica que impiden la anulación de facturas.	Diciembre	100	Se modificó la central de auditoría convirtiéndola en central de facturación, para cumplir con criterios de facturación electrónica.	
							130	Documentar e implementar el plan de contingencia de la historia clínica electrónica	Octubre	100	Se documentó el plan, fue aprobado y se ejecuta conforme a lo planteado	
							131	Implementar las plantillas de gestión de resultados para los servicios de apoyo diagnóstico	Abril	100	Se desarrollaron y probaron las plantillas, se evaluaron y se podrán generar nuevas o actualizar	
							132	Parametrización de la Resolución 5171 en el sistema de información.	Abril	100	Este módulo está funcional y capacitado a todo el personal de autorizaciones y facturación del hospital	
							133	Parametrizar la Resolución 5171 en el sistema de información.	Julio	100	Se parametrizó sin inconvenientes	
							134	Parametrizar y ajustar en el sistema del maestro de CUMS, según información bajada del Ministerio de Salud	Julio	100		
			Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	135	Implementar el sistema de PQRS en la sede GMM	Marzo	100	Ya fue implementado en la Página Web del Hospital.	
							136	Renovar la página Web	Marzo	100	Se mantiene actualizada por la comunicadora	

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.					137	Realizar inventario de tecnología informática sede GMM	Abril	100	Se realizo inventario y se esta consolidando con las sede principal								
							138	Implementar el sistema de tickets para la sede GMM	Julio	100	Se implemento una VPN entre las dos sedes por medio de una solución Fortigate.								
							139	Actualizar los conceptos de facturación de inventarios	Marzo	100	Fue ejecutada por la Analista de Sistemas								
							140	Parametrizar el programa y Ajustar el proceso de compras para controlar la generación de ordenes de compra solo con certificados presupuestales.	Marzo	100									
							141	Implementar el Plan integrado de Tecnologías de la información	Diciembre	100	Se inicia con la política de seguridad, la cual se socializa y valida con el ingeniero de la sede GMM, se documento el PETI								
							142	Parametrizar el manejo de contratos especiales en el modulo de presupuesto	Abril	100									
							143	Instalación RASPBERRY para la publicación de videos institucionales en los televisores de las salas de espera.	Abril	100									
							ARCHIVO CLINICO												
							144	Realizar depuración de historias clinicas en un 40%	Abril	100	Se dio inicio a la depuración con los nuevos tiempo de conservación								
									Julio		Se depuro un numero								
									Noviembre		Se realizo eliminación y se publico dos numeros mas para depurar								
							145	Poner al día todas las actividades de organización y almacenamiento de las historias clinica	Junio	100									

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	146	Organizar y adecuar el archivo clínico para optimizar los espacios	Octubre	100		71.42857143								
							CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS													
							147	Elaborar levantamiento de encuestas de unidades documentales	Junio	100	De 39 dependencia se levantaron 28									
							148	Modificar el cuadro de clasificación documental de acuerdo con la normativa vigente	Junio	100	Se aprobo en el comité del 3 de diciembre									
							149	Elaborar propuesta de actualización de tablas de retención documental	Agosto	100	Está lista para aprobar									
							150	Presentar propuesta de actualización de las tablas	Septiembre	0										
							151	Elaborar el cronograma de transferencias y capacitar al personal sobre el proceso	Junio	100	Se programo en junio pero se extendio el cronograma a todo el año									
							151	Implementar TVD un 30%	Agosto	100	Con apoyo de personal en formación se hizo implementación de tres estructuras organizacionales de nueve.									
							151	Recibir las transferencias documentales	Julio	0	La mayoría de las dependencias están listas pero no se han recibido hasta no tener un espacio									
							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	100	Se caracterizo todo el proceso de financiera realizando articulación de costos, tesoreía, contabilidad, cartera, presupuesto.	50
															154	Capacitar al personal de facturación frente al proceso	Junio Diciembre	0		
															155	Solicitar las citas con los representantes legales de las empresas que nos adeudan para iniciar un cobro persuasivo	Junio	100	El subdirector administrativo y financiero dio prioridad a esta gestión y logro convenios de pagos	50
															156	Disminuir la cartera en un 10% con relación al año anterior	Diciembre	0		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
			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	0		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 hecho economicos reflejen la situación financiera de la institución	Diciembre	0		0	
								159	Armonizar los sistemas de modo que se pueda consolidar la información contable de ambas sedes	Diciembre	0		
			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	160	Mantener los inventarios de insumos y medicamentos que respondan a una política de maximos y mínimos	Junio	0	
	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	Diciembre	100	Se documnto el proceso y se dio inicio a la implementación de los formatos propuestos		
	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 biomedicos mediante la presentación de proyectos	Junio	100	Se presentaron proyectos y fueron aprobados		
									Diciembre		La dssa anuncio entrega de equipos de anestesia, lamparas celiéticas en diciembre o		
	164	Genera el informe de necesidad de renovación tecnologica	Diciembre	100	Se presento informe, ss incluyo dentro del convenio con el municipio								
				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	100	Se divulgo por correo electronico a todo el hospital	
								166	Establecer el instructivo para seguridad del manejo de productos quimicos	Agosto	0		
								167	Realizar muestreo de PCB al transformador de propiedad del hospital	Septiembre	100	Se realizo en 29 de julio de 2018 con la UdeA dando resultados satisfactorios	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
	TAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema	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	Revisar y evaluar de forma trimestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Marzo	100	No hay cambios normativos				
								Junio		No hay cambios normativos				
								Septiembre		No hay cambios normativos				
								Diciembre		No hay cambios normativos				
							Atender en un 100% los requerimientos establecidos por los entes competentes relacionados con el área	Diciembre	100	Se recibieron dos visitas del invima (sin requerimientos), Secretaría de local de salud en marzo y mayo (requerimientos subsanados en un 80%) Supersalud respuesta a visita, EPS (sin requerimientos)				
								Asesorar en el desarrollo de la planta de tratamiento de aguas residuales cuando las directivas lo requieran	Junio	100		Se presento el informe del estudio de aguas residuales al comité incluyiendo la necesidad de la planta o un tratamiento primario para ambas sedes		
							Diciembre		No presentaron mas requerimientos					
							Consumo percapita de agua	Semestral	171	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de agua		Junio	100	SE actualizaron los letreros de ahorro de agua y energia, se publico campaña dirigida a usuarios por redes sociales. Se capacitó de forma presencial a 134 personas
									172	Verificar los ahorradores de agua y solicitar el cambio de ser necesario		Abril	100	Se hizo verificación, y se cambiaron
							Consumo percapita de luz	Semestral	173	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de luz		Junio	100	Se capacitó de forma presencial a 134 personas
174	Diseñar los letreros de ahorro eficiente de recursos	Junio	100	Se diseñaron todos										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	ADMINISTRACIÓN AMBIEN	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.	Generación percapita de residuos		Semestral	175	Capacitar al personal de las dos sedes en el plan de manejo de residuos	Junio	100	Se capacito al personal de cirugía, pediatría, obstetricia, ortopedia y quirúrgicas	89.47368421
								Diciembre	Se capacito al personal de la sede GMM			
							176	Divulgar el plan de contingencia de manejo de residuos	Junio	50	Se dio inicio con el servicio de hospitalización	
									Diciembre			
							177	Implementar el manejo seguro de reiduos cortopunzantes generados por el usuario en su domicilio	Junio	100	Se capacito al personal de toda la institución y desde jabril se empezo a recibir los agujas de los anticuagulados	
							178	Mantener los indicadores de residuos	Junio	100	Se generan mensualmente y se presentan en el informe a directos y GAGA	
		Diciembre										
		Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	>90%	Semestral	179	Generar información sobre el manejo de residuos dirigido a la comunidad	Junio	100	Se publico en septiembre		
						180	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demas actividades de mantenimiento de zonas verdesde la institución	Junio	100	Se establecio de forma mensual y se esta cumpliendo		
						181	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periodicos a la gerencia y subdirección administrativa y financiera	Junio	100	Se envian de forma mensual a los directivos		
								Diciembre				
						182	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 a rioaseo, al horno incinerador, vehiculos de ecologica y rioaseo		
Diciembre												

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
LINEA DE EVALUACIÓN Y CONTROL			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	100	Se creó el aplicativo para la recepción y gestión de quejas en la sede GMM y se consolidó en la oficina de atención al usuario	100			
							192	Realizar informes trimestrales sobre la gestión de la oficina de atención al usuario	Diciembre	100	Se realizaron informes de gestión oportunamente				
							193	Estructurar un plan de trabajo para la oficina de atención al usuario	Marzo	100	Se presentó plan de trabajo de 2018 y se entregó propuesta de reorganización para el 2019				
							194	Apoyar el trabajo de las voluntarias mediante la articulación de las actividades con el hospital	Junio	100	Se crearon comités de capacitación, de eventos, lactancia, etc. Se realizó prueba de actitud para definir habilidades.				
							195	Construir cronograma de temas propuestos para el desarrollo de los comités de ética	Marzo	100	Se cumplió con el cronograma en las reuniones 2018. se dejó planteado el del 2019				
						Fortalecer, sensibilizar e incentivar la seguridad del paciente para la prevención de los eventos adversos y la participación de un grupo multidisciplinario que	Índice de eventos adversos	<0.5%	Mensual	196	Socializar los paquetes instruccionales de seguridad del paciente	Diciembre	100	Se hizo socialización de los paquetes instruccionales por grupos, algunos se deben reforzar y continuar socializando de forma permanente	100
										197	Implementar el comité de infecciones	Marzo	100	Se implementó con apoyo de la infectología a partir del 7 de septiembre	
										198	Realizar capacitación sobre seguridad del paciente, que reportar y cultura organización de seguridad	Marzo	100	Se realizó en febrero presencial, asistencia de más de 300 personas, las demás a través del aula virtual.	
										199	Presentar informes trimestrales de las actividades desarrolladas y el impacto	Junio	100	Se presentó informe de primer trimestre a directivos y comité de seguridad	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
COMPON	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.	El mejoramiento que promueva análisis y gestión en la prevención de las acciones inseguras.	Proporción de eventos adversos gestionados	100%	Mensual	200	generado por las mismas	Diciembre		Se presento informe de tercer trimestre y se elabora informe final		
								Actualizar los formatos y consolidados de gestión de eventos para facilidad del grupo de analisis de eventos	Febrero	100	Se construyo un formato en excel con los campos que evidencian el protocolo de londres y la clasificación de eventos, así mismo se actualizo el formulario de reporte fisico y virtual para que fuera mas amigable.		
							201	Involucrar a todas las áreas en el proceso de gestión de eventos adversos	Marzo	100	Se formaron equipos para la gestión de eventos, involucrando a los lideres de los servicios, se capacito en el comité de enero		
				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 ambos.	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%	Semestral	202	Realizar auditorias de historias clinicas	Junio	100	La auditoria de calidad realiza auditoria de adherencia a guias, concurrencia al proceso de histoira clinica	100
									Diciembre				
									203	Construir el cronograma de auditorias por procesos	Marzo	100	El cronograma 2018 se elaboro por procesos, ademas se agregan las auditorias que se generen del seguimiento en rondas
						204	Cosntruir diferentes formularios de reporte para promover la cultura de cero papel	Marzo	100	Se implemento el formato de reporte de accidentes de trabajo, encuestas de IAMI, elección de logo banco de sangre, evaluacion induccion. En cada reunión se recuerda las diferentes herrameintas para evitar el uso de papel. En el segundo trimetres se implemento reporte de accidentes de trabajo.			

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	205	Realizar verificación de requisitos de habilitación	Agosto	100	Se realizo en junio, se genero informe y se dio inicio a los planes de mejora.	100
							206	Documentar los procesos de forma articulada con los servicios de la sede GMM	Diciembre	100	Los documentos actualizados a la fecha se ha tenido en cuenta la sede	
							207	Estructurar una herramienta de seguimiento a los comités	Junio	100	Se construyo el formato incluyendo periodo evaluado, asistencia, reuniones realizadas y funcionalidad del comité. Además se realizo seguimeinto semetral	
							208	Estructurar el trabajo como grupo de calidad con las responsabilidades	Marzo	100	Se realizo reunión donde se definieron las funciones y los entregables de cada uno	
							209	Cosntruir un cronograma de reportes institucionales	Junio	100	Se envio en octubre a gerencia y subdirecciones, se publico en la biblioteca institucional y se programaron recordatorios en calendario	
ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%									194	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	92.82296651	
									PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	92.60663507		