

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO								
							7	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación area de farmacia	Diciembre										
							8	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuar sala de pediatría en urgencias y sala de espera externa en urgencias	Diciembre	50	Se adecuo en abril la sala de espera externa en urgencias								
							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 peliculas de seguridad en las ventanas	0							
							10	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta fisica	Diciembre		Reunión con lilliana para hacer la evaluación								
							EQUIPOS BIOMEDICOS												
							11	Adquisición, reposicion y mantenimiento de equipos	Diciembre		Revisar reposición realizada	0							
							MUEBLES Y ENSERES												
							12	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre		Revisar reposición realizada	0							
									Fortalecer los canales de comunicación al interior del Hospital y establecer una relación directa entre la alta Gerencia y sus colaboradores.	Planear, estructurar e implementar el proceso de mercadeo y comunicación de la institución.	Proporción de implementación del proceso de comunicaciones	25% anual	Semestral	13	Revisar y actualizar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio			
														14	Socializar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio			
														15	Implementar los procedimientos del proceso de mercadeo y comunicaciones	Junio			
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													
				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													

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO						
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADEREO Y COMUNICACIONES	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			25					
							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						
							21	Establecer una ruta de comunicación acertiva con las aseguradoras	Agosto								
								22	Apoyar el área de contratación frente a la oferta de servicios a las aseguradoras	Septiembre							
							23	Fomentar la venta de servicios a los particulares.	Proporción de usuarios particulares atendidos	>10%	Semestral		23	Identificar los productos estrella de las areas que se pueden mercadear con tarifas particulares especiales	Junio		
													24	Implementar el uso de redes sociales para la socialización de programas institucionales y venta de servicios	Junio	100	Se abrio la pagina de facebook institucional donde se tienen publicados los servicio del hospital y se actualizan
							CONTRATACIÓN PEO3	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.	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
	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												
	27	Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual	Semestral	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																

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO				
			Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del mercado.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	29	Realizar reuniones de seguimiento con las aseguradoras	Junio	100	Se han realizado reuniones con savia				
									Diciembre						
							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					
		JURIDICA PE04	Diseñar procedimientos jurídicos que le generen una seguridad legal a la institución en sus diferentes actuaciones.	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					
	33							Estructuración técnica y jurídica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales	Diciembre						
	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						
										35	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre			0
									36	Llevar a cabo la selección de los contratistas con fundamento a las leyes y procedimientos establecidos para tal fin	Diciembre				
									37	Llevar a cabo un acompañamiento a las áreas de supervisión en la etapa de supervisión y liquidación de los procesos contractuales	Diciembre				
						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	38	Recepcionar solicitudes y dar respuesta a través de conceptos verbales o escritos sobre inquietudes presentadas por las diferentes áreas	Diciembre			
			39	Acompañamiento jurídico en la respuesta a tutelas y derechos de petición de acuerdo al acompañamiento solicitado	Diciembre										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							40	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			
			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	0			
		43					Revisar y actualizar los protocolos de la unidad de ciudades especiales	Agosto				
		44					Socializar y evaluar los protocolos de cuidados especiales	Octubre				
		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 indicadores		
			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 enteeego informe	
		47					Adoptar e implementar dos guías de practica clinica basadas	Junio Diciembre				
		48					Revisar y actualizar los protocolos de urgencias	Diciembre				
		49					Capacitar al personal en temas propios del servicio	Marzo	100	Se realizo capacitación con enfermería en manejo de heridas con el laboratorio euroetica		
								Mayo	100	Capacitación de dilución de medicamentos		
								Julio	100	Dilución de medicamentos en reanimación pediátrica		
								Septiembre Noviembre		Aislamientos		
						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		

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO				
	URG	criterios de calidad.	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	Realizar reuniones evaluativa y jornadas de capacitación frente a triage	Marzo	50	Se han realizado dos reuniones pero no se han realizado capacitaciones					
								Mayo	100	Se hizo capacitación con el dr. Jorge Cardenas Urgentologo					
								Julio	100	Se hizo capacitación del programa contigo IPS universitaria					
								Septiembre							
								Noviembre							
								52	Adecuar un consultorio para cita prioritaria particular	Julio					
								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 politica clara tanto para crue como especialistas frente a la aceptación y atención de remisiones	Marzo		0	Se han hecho dos reuniones con crue, pero hay directriz de dirección medica (edison) donde los pacientes deben ser comentados con el especialista		
				55	Dotar el crue con celular con acceso a redes sociales	Enero	100	Se entrego smartfone al crue 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 revaluo la operatividad de la actividad, por funcionalidad y costos se volvio al procedimiento anterior.							
				SALUD VISUAL											
				57	Continuar con la implementación del programa Alegrarte de la alcaldía para la población escolar de Rionegro	Junio	100	En el marco del cierre del programa se elabora consolidado final de los							
		Diciembre													

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	AMBULATORIO PM02		Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.		Número de programas de Consulta externa creados	Semestral	58	Hacer un análisis de mercado y costos para la venta de servicios de retina y vítreo	Junio	100	Se están realizando la gestión para la adquisición de equipos de faco y vítreo, para esto se solicitaron cotizaciones que se presentaron a subcientífica y en proyecto a Turquía. Con Laboratorio Alcon se tiene pendiente la presentación a la gerencia de cambio de equipo en el comodato para pasar de laureate a constelation como una segunda opción de renovación de equipo	80
							59	Brindar apoyo técnico para la adquisición de equipos e instrumentos necesarios para el programa de retina y vítreo	Junio Diciembre	100	Se realizó cotizaciones para equipos de consultorio completo	
							60	Hacer medición y monitoreo de los indicadores propios del área de salud visual	Junio Diciembre	100	Se realiza medición de indicadores del área	
							61	Hacer implementación de las guías adoptadas para el área de salud visual	Junio Noviembre	50	Ya se revisó guías de Optometría del	
CONSULTA EXTERNA												
							62	Promocionar los servicios de consulta externa especializada por medio de radio, pasacalles, etc	Marzo	20	Se dio inicio con la publicación del servicio en facebook	
							63	Implementar el servicio de clínica de heridas	Septiembre			
		Crear, desarrollar y rediseñar el área de Consulta Externa basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.					64	Adecuar el área física para la ubicación de la unidad de monitoreo fetal	Enero	0	Están a la espera de realizar un arreglo del techo para trasladarse	
							65	Establecer un personal estable para la asignación de citas por teléfono	Junio	100	Se tienen dos personas que no rotan de asignación	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
			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 especializada	15 días	Mensual	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	33.33333333	
							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		
							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		
			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	Septiembre				
							71	Organizar un espacio en la agenda para garantizar las interconsultas	Marzo	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	0	La agremiación responsable de los coamilleros no ha reorganizado el cuadro con asignaciones según los solicitado		
							73	Crear una agenda para revisiones posquirúrgicas	Mayo				
			Crear, desarrollar e implementar la Unidad de Especialistas del Hospital.	Razón de especialidades particulares frente a hospitalarias	1/2	Semestral	74	Autoevaluación de estándares de habilitación	Agosto				
							75	Documentación de procedimientos	Septiembre				
							76	Socialización y capacitación al personal	Octubre				
			Remodelación y modernización de las áreas de hospitalización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	77	Hacer informe sobre las necesidades del servicio incluyendo el lactario	Mayo				
78	Estructurar plan de mejora y gestionar con administración	Junio											

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.	Adecuación de las salas de hospitalización propendiendo por al bienestar del usuario.	Proporción de quejas relacionadas con la comodidad del usuario	<10%	Trimestral	79	Articular las necesidades del programa familia canguro con las normas hospitalarias (acompañante neonatos)	Marzo	0	Se estan haciendo adecuaciones locativas, se dara la directriz inmediatamente para que los neonatos permanezcan con acompañante	7.692307692		
							80	Reorganizar la ubicación de algunas camas evitando la subutilización de las mismas y permitiendo la creacion temporal de habitaciones para aislados	Marzo	80	Esta se realiza en medicina interna, por el espacio fisico no se puede realizar en ortopedia y quirurgicas. Se empezara a llevar el indicador			
							81	Estandarizar la ronda medica y jefes del servicio para facilitar la participacion de enfermeria	Marzo	80	Se establecieron jefes fijos para cada sala del área de hospitalización, queda pendiente definir horas especificas para cada ronda			
							82	Establecer una hora limite para cancelación de procedimientos evitando el ayuno prolongado	Febrero	0	Se realizara en el segundo trimestre			
							83	Crear lista de chequeo para verificar el proceso de atención del paciente procedente de los otros servicios	Marzo	0	Se realizara en el segundo trimestre			
			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	Mayo									
				Estandarización de procesos		Proporción de documentación actualizada	25% anual	Semestral						

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS MISIONALES			y protocolos de atención de acuerdo a la normativa vigente y las necesidades del servicio frente a la renovación del mismo.	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	85	hospitalización	Octubre			
							86	Socialización y evaluación de los protocolos de hospitalización	Noviembre			
							87	Medición de adherencia a los portocolos de hospitalización	Diciembre			
							88	Capacitar al personal de hospitalización en temas propios del servicio	Junio			
									Diciembre			
	89	Realizar reuniones del servicio de forma trimestral para la socialización de planes de mejora	Febrero	0	No se ealizo reunión administrativas, se tienen programadas a partir de mayo							
	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	90	Hacer un inventario de equipos y generar un informe de requerimientos	Abril			31.25
							91	Redefinir el transito de personal y manejo del area del canal que comunica trabajo de parto y partos en cirugía	Junio	100		
							92	Pintar el area del cafetin correctamente según la circulación permitida	Abril	100		
							93	Reubicar el puesto de facturación fuera del area quirurgica	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			
							95	Montor una sala de procedimeintos 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	
							96	Hacer un diagnostico 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	50	Se definieron unos responsables pero no se tiene el tiempo para realizar la actualización	
98							Actualizar documentos del servicio	Septiembre				

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO								
			Creación, revisión, actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	99	Socializar y evaluar documentos con el personal correspondiente	Noviembre			60							
							100	Medir adherencia a procedimientos	Diciembre										
							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										
									Septiembre										
									Diciembre										
							102	Hacer un mínimo de 100 reportes mensuales de eventos y acciones inseguras	Junio	0									
									Diciembre										
							103	Redefinir las responsabilidades del enfermero jefe del servicio	Marzo	0									
							104	Establecer alternativas con las pijamas para evitar el uso de buses externos en el área	Junio	40	Se cotizaron buses para uso exclusivo para cirugía								
							105	Perfilar grupos quirúrgicos para los programas de oftalmología y ortopedia	Junio	100	Los cuadros de turno del personal de auxiliar e instrumentación con asignaciones por necesidad								
							LABORATORIO CLINICO												
							106	Revisar y actualizar de ser necesario la documentación del área	Junio	40	Se ha actualizado lo referente a riesgos y el								
									Diciembre										
							107	Socializar y evaluar documentos con el personal correspondiente	Junio	100									
Diciembre																			
108	Medir adherencia a procedimientos	Junio																	
		Diciembre																	
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															
110	Capacitar al personal de toda la institución en temas relacionados con el laboratorio	Abril	100	Se capacito al personal de Servicio															
		Agosto																	
		Diciembre																	
LABORATORIO PATOLOGIA																			

M05

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO			
	APOYO DIAGNÓSTICO PI	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.	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	111	Clasificar los reactivos de patología 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	25		
							112	Revisar y actualizar la documentación del servicios de patología	Marzo Junio	0				
							113	Implementar el servicio de toma y lectura de citología	Junio					
							114	Montar coloración de PAS, TCR, ZN, PAP	Abril					
							RAYOS X							
	115		Revisar y actualizar la documntación de rayos X	Marzo Junio	0			0						
	116		Socialización y evaluación de la documentación de rayos x	Agosto										
	117		Medición de adherencia a los protocolos de rayos x	Noviembre										
	118		Capacitar al personal en temas propios del servicio de rayos x	Abril										
				Agosto Diciembre										
			TRAPÉUTICO PM06		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	119	Crear estrategias que permitan la fidelidad de las empresas en el aporte de campañas extramurales	Junio Diciembre			28.57142857
										120	Hacer una capacitación al personal de los servicios sobre la donación y sus mitos	Mayo Noviembre		
					121	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 deseen participar y hagan compromiso de activar la cadena de 10 donantes					
					122	Permitir seguimiento continuo de los contratos vigentes para realizar plan de mejoras oportunos	Junio							
Diciembre														
			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.	Proporción de usuarios internos satisfechos	90%	Mensual	123	Realizar un proyecto de investigación con el personal en formación	Diciembre					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO								
	APOYO TE		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	124	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%								
							125	Capacitar al personal en temas propios del servicio de banco de sangre con apoyo del personal, proveedores y asesores (20)	Abril										
									Agosto										
									Diciembre										
							FISIOTERAPIA												
							126	Capacitar al personal en temas propios del servicio	Marzo	0									
	Junio																		
			Septiembre																
			Diciembre																
	127	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	50													
				Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	128	Designar personal exclusivo para el sostenimiento de los programas de tecno y farmacovigilancia	Junio	30	Se han asignado horas de un regente de farmacia para apoyar las actividades de estos programas							
								129	Designar personal específico para los programas de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	Junio	30	Se han asignado horas de un regente de farmacia para apoyar las actividades de estos programas							
								130	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)							
131								Adquirir medicamentos en presentación de dosis unitaria	Febrero	100									
132								Separar las actividades administrativas y asistenciales que se desarrollan en el servicio	Junio	100	Se realizan las actividades propias del servicio farmacéutico, las compras fueron asumidas por un delegado de administración								
133								Capacitar al personal en los	Marzo										
									Junio										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
SERVICIO FARMACÉUTICO Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PM07	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.						133	temas propios del servicio	Septiembre			43.47826087
									Diciembre			
							134	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	
							135	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	
							136	Actualizar los pocedimientos del servicio farmaceutico, incluidos farmacia de cirugía y ambulatoria	Diciembre			
							137	Socializar y evaluar los procedimientos con el personal correspondiente	Diciembre			
							138	Medir adherencia a los protocolos del servicio	Diciembre			
							139	Realizar reuniones periodicas del grupo de aire medicinal	Marzo	100	Se tienen fechas para abril, agosto y diciembre	
									Junio			
									Septiembre			
									Diciembre			
							140	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	100	Se lleva carpeta de batch record al día	
							141	Realizar Autoinspección al Proceso de Producción de Aire Medicinal (semestral)	Junio	100	Se realizo según cronograma	
									Diciembre			
							142	Realizar correctivos según los hallazgos de la auditoria interna	Junio		Pendiente correccion de nicos y mtto de paredes	
									Diciembre			
							143	Hacer el estudio de costos del material medicoquirurgico reusable	Junio			
144	Solicitar cotizaciones del material medicoquirurgico que se re-usa en el hospital	Marzo	100									
145	Hacer la politica de no-reuso	Junio										
146	Crear el registro de re-uso que permita llevar una trazabilidad confiable	Junio										
	Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.		Número de lotes de aire medicinal producido	4	Mensual							
	Implementar políticas y protocolos de		Proporción de									

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.	protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	implementación del procedimiento	50% anual	Anual	147	Revisar y actualizar el protocolo de reuso	Mayo			
							148	Socializar y evaluar el procedimiento de re-uso	Junio			
							149	Dar inicio a la implementación del protocolo de reprocesamiento	Septiembre			
							150	Socializar el protocolo de reprocesamiento con el personal de los servicios clientes	Noviembre			
		Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	151	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	62.5	
						152	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				
								Julio				
						Septiembre						
						153	Hacer analisis para una posible remodelación de la central	Junio				
						154	Hacer una capacitación sobre el	Septiembre				
155	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								
156	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 veridficación de								
157	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, Saneamineto, Higiene personal, Instalaciones y Documentación								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
								Junio			
								Septiembre			
								Diciembre			
							158	Implementar un sistema de trazabilidad	Octubre		
			Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida	si	Anual	159	Hacer un estudio de remuneración	Junio		
							160	Estructurar un programa de incentivos y bienestar laboral	Marzo	0	
							161	Realizar dos actividades de bienestar laboral para todo el personal	Junio Diciembre		
							162	Actualizar los procedimientos de talento humano	Mayo		
							163	Realizar un estudio de necesidad de personal de toda la institución	Junio		
							164	Implentar actividades de inducción y reintucción	Junio Diciembre	100	Desde abril se estan realizando las inducciones generales el primer dia habil del mes
			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	165	Realizar cuatro reuniones de personal con el gerente (Mi gerente escucha)	Febrero Mayo Agosto Noviembre	100	Se realizo reunión el día martes 28 de febrero de 2017
		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.					166	Construir el cronograma de capacitaciones y publicarlo en la intranet	Enero	0	Desde el comité Meci operativo se esta realizando esta actividad
							167	Cumplir con el 90% de la programación de capacitaciones	Julio Diciembre		
							168	Realizar dos actividades de capacitación o sensibilización para los pre jubilados	Junio Diciembre		
							169	Realizar evaluaciones de desempeño del personal vinculado y solicitar el del personal agremiado	Julio Diciembre		
			Implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Semestral	170	Documentar todos los procedimientos requeridos para el SSST	Febrero	61	Se aplico lista de chequeo encontrando algunas cosas pendientes por documentar
							171	Socializar los procedimientos del SSST	Abril		

17.64705882

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			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	172	Implementar los procedimientos del SSST	Mayo					
							173	Construir el cuadro de turnos general del personal en formación	Febrero	100	Se entregó cuadro de marzo y abril			
							174	Cumplir con el cronograma de comité docencia servicio	Julio					
									Diciembre					
							175	Hacer un estudio para determinar el número de estudiantes por servicio según la capacidad instalada y el riesgo	Abril					
		Rediseñar y ajustar el Sistema de Información que permita una comunicación fluida en todos los niveles de la institución de forma que se encuentre disponible, completa, accesible, oportuna y amigable que permita la toma de decisiones.	Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	SISTEMAS						60	
							176	Implementar un sistema de solicitud de soportes a través de la intranet	Noviembre					
							177	Implementar en la página Web el sistema de PQRSF	Junio	100	Se desarrolló un aplicativo para la recepción y gestión de PQRSF			
							178	Implementar en la página Web el ítem de preguntas frecuentes	Julio	100				
							179	Implementación de la historia clínica electrónica	Agosto	85				
							180	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							60
							181	Realizar la depuración de historias clínicas	Marzo	100	Se dio inicio a la depuración del archivo de gestión			
									Junio					
									Septiembre					
							182	Revisar y actualizar el procedimiento de archivo clínico	Marzo	100	Pendiente la socialización			
							183	Definir las funciones específicas de cada asignación y re-estructurar la rotación de las mismas	Marzo	100	La asignación entregó las funciones por escrito			
							184	Retomar el registro en el software de control de la historia clínica	Abril					
							185	Presentar informe sobre el impacto de las actividades propuestas	Junio					
CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS														

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de sistemas de información	Proporción de presupuesto ejecutado	>90%	Semestral	186	Levantar el formato unico de inventario documental	Abril	100		71.42857143
							187	Elaboración y aplicación de tablas de valoración documental	Abril	100		
									Septiembre			
							188	Elaborar diagnostico integral del fondo acumulado	Abril	100	Se realizo reunión de aprobación de tablas para enviar al archivo general de la nación	
							189	Hacer una investigación preliminar sobre la institución y sus fuentes documentales	Abril	100		
							190	Analizar e interpretar la información recolectada	Junio	100		
							191	Elaborar propuesta de tablas de valoración	Septiembre			
	192	Realizar ajustes según las observaciones del consejo departamental de archivos	Diciembre									
	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	193	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	100
							194	Capacitar al personal de facturación frente al proceso	Abril Mayo	100 100		
			Implementar gestiones efectivas y eficientes que permitan la conciliación permanente y recuperación de cartera.	Proporción de recaudo	>80%	Trimestral	195	Interactuar con todas 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
							196	Reclasificar la cartera constantemente	Diciembre	100	Se hace informe periodico para la subdirección	
							197	Constituir las provisiones de cartera según lo estipulado por ley	Diciembre	100	Se dio cumplimiento a las politicas 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	198	Cumplimiento plan de pagos	Diciembre			0
				Indicador liquidez	>1	Trimestral	199					
			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			0
							201	Entrenamiento de los funcionarios del área de contabilidad en los diferentes puestos	Agosto			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS DE APOYO	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			16.66666667	
							203 Rediseño del proceso de compras y almacén	Junio				
			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				
							205 Asignar una auxiliar de forma mensual para realizar los inventarios de equipos por cada servicio	Marzo	100			
			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	206 Construcción del plan de mantenimiento de equipos y cumplimiento del mismo	Junio				
							207 Realizar un diagnóstico de edades de equipos y necesidad de renovación tecnológica	Diciembre				
				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	25	Se tienen identificados y contabilizados los extintores de solkaflan	
								209 Revisar y actualizar la matriz de impactos ambientales y establecer acciones de prevención y mitigación de los impactos identificados	Julio	0		
								210 Establecer alternativas para la reducción de carga contaminante en las aguas residuales (PTARI)	Noviembre		Se tienen las alternativas, pero no se ha tomado la decisión	
								211 Realizar muestreo de PCB al transformador de propiedad del hospital	Septiembre	0		
								212 Revisar y evaluar de forma trimestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Marzo	100		
									Junio	100		
									Septiembre			
									Diciembre			
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										
	Diciembre											

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						100	Se rendió el registro respel el 16 de marzo de 2017 y quedo con formato de cierre N° 5000135784				
		Agosto						100	Se realiza los reportes a la DLS Y Cornare de RH1				
		216						Realizar las reuniones del comité de gestión ambiental dando cumplimiento al cronograma establecido	Junio	100			
									Diciembre				
		217						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				
		218						Consumo percapita de agua	Hacer seguimiento al cronograma de jardinería para el aprovechamiento de aguas lluvias	Junio	100	Se ha realizado el seguimiento, en junio	
										Diciembre			
		219					Consumo percapita de agua	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				
		220					Consumo percapita de agua	Establecer alternativas para el cambio de termómetros en la institución	Junio	100	Se presento en el comité mayo las cotizaciones y se		
			Diciembre										

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO			
	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PAO	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 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 mantenimiento de planta física, se hizo	88.88888889			
								Diciembre						
				Generación percapita de residuos		Semestral	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma del proceso de toma y análisis 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				
								Diciembre						
						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				
								Diciembre						
						Semestral	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma de cambio, limpieza y mantenimiento de filtros de agua potable	Junio	100	Se cambiaron en enero, mayo y se hizo mantenimiento en marzo				
								Diciembre						
										Realizar instructivo para el manejo integral de PCB		Diciembre		
										Realizar muestreo de PCB al transformador de propiedad del hospital		Diciembre		
									Cumplir con el cronograma de capacitaciones establecidos por el área ambiental y realizar evaluación de las mismas	Junio		100	Se tiene un tema específico en la inducción ambiental. Se	
										Diciembre				
									Socializar las fechas del calendario ambiental con el personal	Junio		100		
										Diciembre				
									Realizar auditorías internas cada seis meses en todos los servicios de la institución y cada tres meses en puntos críticos con el fin de verificar el cumplimiento del PGRSHS	Junio		100	Se hicieron las auditorías con un total de cumplimiento de adherencia institucional	
										Diciembre				
									Socializar y evaluar el plan de	Junio		100	Se hizo socialización en las reuniones	

LINEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION DE CUMPLIMIENTO
			Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	>90%	Semestral	230	gestión integral de residuos sólidos hospitalarios y similares	Diciembre		
							231	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demás actividades de mantenimiento de zonas verdes de la institución	Junio Diciembre	100	Ya se realizó el cronograma y lo entregó a la oficina de gestión ambiental para su respectivo seguimiento
							232	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periódicos a la gerencia y subdirección administrativa y financiera	Junio Diciembre	100	
							233	Realizar auditorías externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos generados en la institución	Junio Diciembre	100	Se hizo auditoría al vehículo de ecológica el pasado 4 de mayo, a servimos el 22 de mayo
							234	Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantará al interior de la institución teniendo en cuenta la frecuencia contratada.	Junio Diciembre	100	Se varió en el día programado pero se cumplió en el mes, se realizó control de
			Desarrollar y hacer seguimiento de los módulos, componentes, elementos y eje transversal del Sistema de Control Interno	Proporción de implementación del Sistema de Control Interno	50% anual	Semestral	235	Realizar auditorías de control general según el cronograma establecido	Diciembre		
							236	Realizar auditorías de control permanente a los procesos de contratación, gestión financiera y atención al usuario	Diciembre		
							237	Realizar las auditorías de control inmediato cuando se presenten eventos extraordinarios en la institución	Diciembre		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
	CONTROL INTERNO Y GESTIÓN DE RIESGOS	Implementación, fortalecimiento y mantenimiento del Sistema de Control Interno	Retroalimentar a la institución y a los Entes de Control frente al desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno dentro del marco normativo.	Proporción de informes presentados	95%	Semestral	238	Presentar al departamento administrativo de la gestión pública la autoevaluación anual al sistema de control interno	Diciembre			0	
							239	Presentar a la contaduría general de nación la evaluación del sistema de control interno contable de la institución	Diciembre				
							240	Presentar ante la junta directiva los hechos relevantes de las auditorías realizadas	Diciembre				
			241	Realizar capacitaciones referentes a la implementación de mecanismos de gestión del riesgo tanto para las áreas asistenciales como administrativas de la institución	Diciembre								
			Sensibilizar y realimentar el Sistema de Control Interno en la institución.	Proporción de personal capacitado frente al Sistema de Control Interno	90%	Semestral							
				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	242	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	77.7777778
								243	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	
								244	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	
								245	Adoptar nuevos protocolos para la intervención de casos en crisis	Junio	100		
								246	Implementar el directorio de lazos interinstitucionales para la atención psicosocial	Mayo	100		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
COMPONENTE DE EVALUACIÓN Y CONTROL	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.					247	Implementar un sistema de gestión de quejas por medio de la página institucional	Septiembre	100		33.33333333
							248	Hacer una visita de referenciación para evaluación de otras estregias de trabajo	Junio			
							249	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.	
							250	Capacitar al personal de la oficina de atención al usuario en temas propios del área	Junio Diciembre			
			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	251	Montar la capacitación sobre seguridad del paciente para la inducción en el aula virtual	Marzo	0	Se va a montar para abril	
							252	Re-estructurar el comité de seguridad del paciente de forma que resulte mas proactivo	Marzo	100	Se modifco la metodología del comité. Y se esta garantizando la asistencia de	
							253	Medir adherencia a los paquetes instruccionales	Junio Diciembre			
							254	Implementar un sistema de socialización y evaluación del seguimiento de los eventos adversos analizados	Mayo			
							255	Constituir un grupo primario de analisis de eventos adversos	Marzo	0	Se esta consiguiendo una enfermera para liderar seguridad del paciente, artularse con calidad y conformar el grupo	
							256	Crear un formulario electronico de reporte de eventos adversos	Marzo	100	Se realizara en el segundo semestre, ya que esto implica una modificación en la intranet de estructura. Se construyo el formulario en google	
							257	Programar auditorias internas de historias clinicas de	Junio			
							258					
259												
260												
261												
262												
263												
264												
265												
266												
267												
268												
269												
270												
271												
272												
273												
274												
275												
276												
277												
278												
279												
280												
281												
282												
283												
284												
285												
286												
287												
288												
289												
290												
291												
292												
293												
294												
295												
296												
297												
298												
299												
300												
301												
302												
303												
304												
305												
306												
307												
308												
309												
310												
311												
312												
313												
314												
315												
316												
317												
318												
319												
320												
321												
322												
323												
324												
325												
326												
327												
328												
329												
330												
331												
332												
333												
334												
335												
336												
337												
338												
339												
340												
341												
342												
343												
344												
345												
346												
347												
348												
349												
350												
351												
352												
353												
354												
355												
356												
357												
358												
359												
360												
361												
362												
363												
364												
365												
366												
367												
368												
369												
370												
371												
372												
373												
374												
375												
376												
377												
378												
379												
380												
381												
382												
383												
384												
385												
386												
387												
388												
389												
390												
391												
392												
393												
394												
395												
396												
397												
398												
399												
400												

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			administrativa y medica 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	257 hospitalización por parte de enfermería	Diciembre			0
							258 Realizar auditoria de adherencia a tratamientos	Junio			
			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	259 Construir un instrumento de seguimiento para llevar el consolidado de las actividades que se generen como oportuñidades de mejora	Enero	100	Se construyo el formato esta pendiente su implementación con el grupo de gestores de calidad	66.6666667
							260 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	
							261 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	
							262 Actualizar los protocolos y procedimientos del área	Junio	100	Se actualizo la documentación referente a calidad y sus	
							263 Socializar los protocolos del área	Julio			
							264 Medir adherencia a los protocolos del área	Septiembre			
ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%									113	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	42.8030303