

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADEO Y COMUNICACIONES PE02	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			16.66666667
							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	Junio			
							17	Actualizar el contenido de la intranet y pagina Web	Junio	100	Se estan haciendo publicaciones periodicas de las	
							18	Desarrollar el contenido para el curso de inducción y reinducción en el aula virtual	Junio			
		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			
							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
			24	Implementar el uso de redes sociaes para la socializacion 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	
			Desarrollar una estructura conjunta y con	Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	Número de alianzas establecidas	Variación positiva	Anual	25	Desarrollar propuesta de contratación para el Programa Familia Canguro y darlo a conocer a las aseguradoras	Marzo	100	Ya se ha negociado la propuesta, estan a la espera de la firma
26	Incluir en la contratación del banco de sangre el cobro de pruebas glosadas actualmente (HTLV y CORE)	Febrero						100	En febrero se empezaron los acercamientos con las aseguradoras. En todos los contratos de coloca			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
	CONTRATACIÓN PEO	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.	Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual	Semestral	27	Actualizar el instructivo de contratación con aseguradoras incluyendo las etapas precontractual, contractual y poscontractual	Junio	0	No se ha actualizado	57.14285714
							28	Realizar reuniones de realimentación con facturación, cartera y auditoría.	Febrero	0	No se han podido realizar por diferentes actividades	
							29	Realizar reuniones de seguimiento con las	Junio	100	Se han realizado reuniones con savia	
			30	Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	Estructurar un portafolio de servicios ampliado para las aseguradoras	Marzo	100	Se estructuro con el Gerente	
	URGENCIAS PM01	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Urgencias basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.	Crear e implementar la Unidad de Cuidados Especiales.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	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	31.25
							42	Generar proyecto para adecuación de la unidad de cuidados especiales	Mayo	0		
							45	Definir y actualizar con indicadores del servicio de urgencias y articularlo al cuadro de mando institucional	Febrero	0	No se ha realizado la actividad	
			47	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	Adoptar e implementar dos	Junio			
			49	Capacitar al personal en temas propios del servicio	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual		Marzo	100	Se realizo capacitación con enfermería en manejo de heridas con el laboratorio euroética	
									Mayo			
			50	Realizar triage a todos los usuarios independientemente de que sea de ARL o SOAT dando cumplimiento a la Resolución 5596	Tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II	<30 minutos	Mensual		Enero	100	Se incremento a 2200 pacientes en triage, ya todos pasan por triage	
51	Realizar reuniones evaluativa y jornadas de capacitación frente a triage					Marzo	50	Se han realizado dos reuniones pero no se han realizado capacitaciones				
						Mayo						
53	Impactar los tiempos de espera en la atención de						Marzo	100	Se organizo el cuadro de urgentologos, hay para todo abril			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCION 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.	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	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	26.66666667
							65	Establecer un personal estable para la asignación de citas por teléfono	Junio	100	Se tienen dos personas que no ratan de asignación	
							66	Abrir más horas de especialistas según demanda	Marzo	100	Se solicitan y abren agendas de las especialidades con más demanda pero esto depende de la disponibilidad del especialista	
							67	Separar una cita por especialidad por día para usuarios particulares.	Marzo	100	Se dejan citas bloqueadas para tutelados 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			
							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 agrupación responsable de los camilleros no ha reorganizado el cuadro con asignaciones según lo solicitado					
			73	Crear una agenda para revisiones posquirúrgicas	Mayo							
			77	Hacer informe sobre las necesidades del servicio incluyendo el lactario	Mayo							
			78	Estructurar plan de mejora y gestionar con administración	Junio							
					Remodelación y modernización de las áreas de hospitalización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual				

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 quirurgias. 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	
			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	85 Actualizar la documentación de hospitalización	Mayo			

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
	APOYO DIAGNÓSTICO PM05	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	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	0	
							106	Revisar y actualizar de ser necesario la documentación del	Junio				
							107	Socializar y evaluar documentos con el personal	Junio				
							108	Medir adherencia a	Junio				
							109	Proyectar una propuesta de venta de servicios particulares de laboratorio a empresas de la región	Marzo	0			
							110	Capacitar al personal de toda la institución en temas	Abril				
							111	Clasificar los reactivos de patología y crear etiquetas de seguridad	Marzo	100	Se reclasificaron los reactivos, se investigaron las fichas y se desecharon alguno, se estudiaron los pictogramas a cada sustancia		
							112	Revisar y actualizar la documentación del servicios de patología	Marzo	0			
								Junio					
	113	Implementar el servicio de toma y lectura de citología	Junio										
	114	Montar coloración de PAS, TCR, ZN, PAP	Abril										
	115	Revisar y actualizar la documentación de rayos X	Marzo	0									
	118	Capacitar al personal en temas	Junio										
		Abril											
	APOYO TERAPÉUTICO PM06	Aprovechar, fortalecer y desarrollar la capacidad instalada del Banco de	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	Junio				28.57142857
							120	Hacer una capacitación al personal de los servicios sobre	Mayo				
							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 desean participar y hagan compromiso de activar la cadena de 10 donantes		
							122	Permitir seguimiento continuo de los contratos vigentes para realizar planes de mejoramiento	Junio				
124							Realizar verificación de los requisitos de habilitación del servicio transfusional y velar por el cumplimiento de la normatividad exigida por el invimva	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	Abril					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO		
			Desarrollar, fortalecer y mantener las actividades y procesos de restablecimiento del estado de salud de los usuarios con oportunidad, efectividad y calidad.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	126	Capacitar al personal en temas propios del servicio	Marzo Junio	0		50	
							127	Plantear un proyecto de escuelas saludables para el cuerpo humano	Junio	100	Se estructuró una propuesta de implementación de la escuela de columna y hombro para ser evaluada por la gerencia		
							128	Designar personal exclusivo para el sostenimiento de los programas de tecno y farmacovigilancia	Junio				
	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.			Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	129	Designar personal específico para los programas de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico	Junio			26.08695652
								130	Cumplir con normatividad referente a dosis unitaria mediante suscripción de contrato para la elaboración de dosis unitaria y nutriciones parenterales	Febrero	100	Se firmó 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			
								133	Capacitar al personal en los temas propios del servicio	Marzo Junio			
								134	Revisar los procedimientos del servicio farmacéutico, incluidos farmacia de cirugía y ambulatoria	Marzo	100	Se tienen definidas las fechas de actualización de cada documento 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 documento según el listado maestro del servicio	
								139	Realizar reuniones periódicas del grupo de aire medicinal	Marzo	100	Se tienen fechas para abril, agosto y diciembre	
				Mantener y preservar el	Número de lotes de				Junio				

V07

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 P			mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido	4	Mensual	140	Realizar Control de Calidad y archivar el Batch Record de cada lote de producción de aire	Junio			62.5		
							141	Realizar Autoinspección al Proceso de Producción de Aire	Junio					
							142	Realizar correctivos según los hallazgos de la auditoría interna	Junio					
	Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.		Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Anual	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 política de no-reuso	Junio						
						146	Crear el registro de re-uso que permita llevar una trazabilidad confiable	Junio						
						147	Revisar y actualizar el protocolo de reuso	Mayo						
						148	Socializar y evaluar el procedimiento de re-uso	Junio						
	Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.					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	
								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				
								153	Hacer analisis para una posible remodelación de la central	Junio				
								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 verificación de									
				Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación									

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
							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, Saneamiento, Higiene personal, Instalaciones y Documentación	
								Junio				
			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	Junio			
			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	162	Actualizar los procedimientos de talento humano	Mayo			
							163	Realizar un estudio de necesidad de personal de toda la institución	Junio			
							164	Implementar actividades de inducción y reintegración	Junio	100	Desde abril se están realizando las inducciones generales el primer día hábil del mes	
							165	Realizar cuatro reuniones de personal con el gerente (Mi gerente escucha)	Febrero	100	Se realizó reunión el día martes 28 de febrero de 2017	
								Mayo				
							166	Construir el cronograma de capacitaciones y publicarlo en la intranet	Enero	0	Desde el comité Mecio operativo se está realizando esta actividad	
							168	Realizar dos actividades de capacitación o sensibilización	Junio			
			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			
							172	Implementar los procedimientos del SSST	Mayo			
			Socializar y realizar seguimiento a los convenios	Proporción de			173	Construir el cuadro de turnos general del personal en formación	Febrero	100	Se entregó cuadro de marzo y 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			Seguimiento a los convenios de docencia servicio dando a conocer la programación mensual por área.	adherencia a Convenios Docencia Servicio	100%	Semestral	175	Hacer un estudio para determinar el número de estudiantes por servicio según la capacidad instalada y el riesgo	Abril			
			Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	177	Implementar en la página Web el sistema de PQRSF	Junio	100	Se desarrollo un aplicativo para la recepción y gestión de PQRSF	
		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.	Reorganizar el archivo clínico garantizando su funcionamiento eficiente	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	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 realizo la actividad de forma completa en	40
	181						Realizar la depuración de historias clínicas	Marzo	100	Se dio inicio a la depuración del archivo de gestión		
								Junio				
	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 agremiación entrego las funciones por escrito	60	
	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				
	186						Levantar el formato unico de inventario documental	Abril	100			
	187						Elaboración y aplicación de tablas de valoración	Abril	100			
	188						Elaborar diagnostico integral del fondo acumulado	Abril	100	Se realizo reunión de aprobación de tablas para enviar al archivo general de la nación	71.42857143	
	189	Hacer una investigación preliminar sobre la institución y sus fuentes documentales	Abril	100								
	190	Analizar e interpretar la información recolectada	Junio	100								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
PROCESOS DE APOYO	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	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 están en proceso laboratorio y cuidados/interconsultas	100
							194	Capacitar al personal de facturación frente al proceso	Abril Mayo	100 100		
							200	Actualización de políticas contables	Abril		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	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			
							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		
							206	Construcción del plan de mantenimiento de equipos y	Junio			
							207	Realizar un diagnóstico de edades de equipos y necesidad de renovación tecnológica	Junio			
							212	Revisar y evaluar de forma trimestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable	Marzo Junio	100 100		
	213	Actualizar el normograma ambiental	Abril									
	214	Atender en un 100% los requerimientos establecidos	Junio	100								

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental encaminado al desarrollo sostenible a través del uso eficiente de los recursos e incentivando la formación de una cultura ambiental institucional.	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.	74.07407407
								Marzo	100	Se rendió el registro respel el 16 de marzo de 2017 y quedo con formato de cierre N° 5000135784	
								Junio	100		
							Junio	100	Cornare no ha citado a reuniones sin embargo se les envió indicadores		
							Junio	100	Se ha realizado el seguimiento, en junio		
							Junio	100	Mensualmente se pasa a las directivas mediante el informe		
			Promover prácticas de producción limpia y uso racional de los recursos naturales.	Consumo percapita de agua	Semestral	218	Hacer seguimiento al cronograma de jardinería para	Junio	100	Se presento en el comité mayo las	
				Consumo percapita de luz	Semestral	219	Realizar y analizar los indicadores de comportamiento de consumo	Junio	100	Se hizo revisión con los alfabetizadores y con mantenimiento de planta física, se hizo	
						220	Establecer alternativas para el cambio de termómetros en la institución	Junio	100	El de agua potable se hizo el 2 de junio en urgencias, el 8 de junio	
				Generación percapita de residuos	Semestral	221	Establecer y supervisar cumplimiento del cronograma para la revisión del estado de grifos, tuberías y dispositivos	Junio	100	Se hizo lavado de tanque en marzo 3-18 y en junio finalizando. En febreo y en mayo se hizo del tanque de	
						222	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma del proceso de toma y analisis	Junio	100		
				223	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma de las actividades de limpieza y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua	Junio	100				

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	>90%	Semestral	224	Establecer y supervisar el cumplimiento del cronograma de cambio, limpieza y mantenimiento de filtros de	Junio	100	Se cambiaron en enero, mayo y se hizo mantenimiento en marzo	
							227	Cumplir con el cronograma de capacitaciones establecidos por el área ambiental y realizar	Junio	100	Se tiene un tema específico en la inducción ambiental. Se	
							228	Socializar las fechas del calendario ambiental con el	Junio	100		
							229	Realizar auditorias internas cada seis meses en todos los servicios de la institución y cada tres meses en puntos	Junio	100	Se hicieron las auditorias con un total de cumplimiento de adherencia institucional	
							230	Socializar y evaluar el plan de gestión integral de residuos	Junio			
							231	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demas actividades de mantenimiento de áreas	Junio	0	El tercero encargado del personal de servicios generales no esta realizando el cronograma anual de	
							232	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periodicos a la gerencia y subdirección	Junio	100		
							233	Realizar auditorias externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos	Junio	100	Se hizo auditoria al vehículo de ecologica el pasado 4 de mayo, a servimos el 22 de mayo	
							234	Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantara al interior de la institución teniendo en cuenta la	Junio	100	Se vario en el dia programado pero se cumplio en el mes, ser realizo control de	
							242	Actualizar los protocolos y formatos de la oficina de atención al usuario	Junio			
							243	Implementación y desarrollo del instrumento para la gestión de las PQRSF	Marzo	100	Se entrego 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 actualizo la encuesta con preguntas enfocadas a los items mas repetitivos en las quejas	
							245	Adoptar nuevo protocolos para la intervención de casos en crisis	Junio	100		

44.44444444

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.					246	Implementar el directorio de lazos interinstitucionales para la atención psicosocial	Mayo			
							248	Hacer una visita de referenciación para evaluación de otras estrategias 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	Junio			
			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	33.33333333
							252	Re-estructurar el comité de seguridad del paciente de forma que resulte mas proactivo	Marzo	100	Se modifico la metodologia del comité. Y se esta garantizando la	
							253	Medir adherencia a los paquetes instruccionales	Junio			
							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 modificacion en la intranet de estructura. Se construyo el formulario en google	
			Estructurar y desarrollar el procedimiento de auditoría administrativa y médica en las diferentes áreas que permitan realizar control de los procesos administrativos	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%	Semestral	257	Programar auditorias internas de historias clinicas de	Junio			0
							258	Realizar auditoria de adherencia a tratamientos	Junio			

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	259	Construir un instrumento de seguimiento para llevar el consolidado de las actividades que se generen como oportunidades de mejora	Enero	100	Se construyo el formato esta pendiente su implementación con el grupo de gestores de calidad	50
							260	Conformar un grupo de calidad con los líderes 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			
ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%									85	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	32.1969697	