



ESTRATEGIA	META	INDICADOR	FORMULACIÓN		QUÉN		CUÁNDO		Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (PVL)	Puntaje Logrado por las metas (POMV)	Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 4			Resultado del Indicador	Análisis
			QUE (ACTIVIDADES)	CÓMO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE	FUNCIONES RESPONSABLES DE EJECUCIÓN DE LA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								Con corte a:	31/12/2016	Fecha de aplicación:		
			AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES															
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laboratorios en grupo y ecoturismo en salud mental	Al cierre de 2016 se da apertura al programa de rehabilitación de pacientes	Fases del proyecto incluidas e implementadas en el Programa de Rehabilitación (Total fases proyectadas) x 100	formular el programa de hospital día que incluya pacientes farmacodependientes y pacientes psiquiátricos	Identificando las necesidades de recursos humanos, físicos y financieros y la población objetivo.	REHABILITACIÓN	Equipo de rehabilitación	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					
			Gestionar con el SENA la capacitación para grupos de pacientes en proceso de rehabilitación	Realizando convenio con el SENA para capacitación de la población objeto.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	1	100%	22	22	22					
			Gestionar los recursos para la dotación de los saleros para rehabilitación	Presentando proyectos al ministerio de salud	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0	0%	0	0	22					
			Identificar desviaciones y emprender acciones de mejoramiento frente al programa de rehabilitación	realizando mensualmente seguimiento y evaluando la aplicación del programa y detectando oportunidades de mejora	REHABILITACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Equipo de rehabilitación Equipo directivo	01/04/2016	31/12/2016	8	39,14		0%	0	0	39					
Implementar el modelo de la acreditación en servicios de salud	Al cierre del 8 o ciclo se obtenga una calificación superior a 3.8	Sumatoria de calificación de cada grupo de estancias y total de grupos estancias	el cierre de 2016 mantener el puntaje de 3.8	sosteniendo las mejoras logradas e implementando las acciones de mejora actuales	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente Funcionario, líder de calidad	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					
			Refinar la conformación de los equipos de Acreditación	Analizando el resultado del equipo anterior, detectando necesidad de modificación y asignando los funcionarios y colaboradores que conforman los nuevos equipos	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente Funcionario, líder de calidad	01/04/2016	20/05/2016	1	7,00	1	100%	7	7	7					
			Desarrollar y realizar un cierre de ciclo de mejoramiento	Realizando cierre del ciclo (2012-16) efectuando para cada ciclo: autoevaluación, calificación (definición del grado de avance y cumplimiento de cada grupo de estándar) y del sistema en general, además, emprendiendo las mejoras.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD EQUIPOS DE ACREDITACIÓN	Gerente Funcionario, líder de calidad Equipos de Acreditación	01/04/2016	31/12/2016	1	#(VALDI)		0%	#(VALDI)	0	0					
Generar conocimiento en salud mental y ambiental	Al cierre del 2015 se definen las líneas de investigación a desarrollar en el ámbito de la salud mental y ambiental. Al cierre del 2016 se desarrolla por lo menos un proyecto de investigación	Proyecto de investigación desarrollado / Líneas de investigación a desarrollar en el periodo	Apoyar a proyectos de investigación como centro de práctica, y educación a la comunidad (población objetivo)	Gestionando ante entidades y firmando convenios orientados a generar conocimiento en salud mental	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	1	100%	22	22	22					
			Actualizar y aplicar el programa de Paciente Seguro en el HEGI	Revisar y ajustar el manual e implementar las prácticas seguras basadas por el HEGI (identificación reduciendo, prevención de fugas, prevención de caídas, intervenciones asociadas a intervenciones en salud, etc.) y desarrollando actividades de acuerdo al contenido del programa de paciente seguro.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Coordinador Asistencial	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener una calificación promedio superior al 80% en la percepción de seguridad	(Sumatoria de porcentajes de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad) / número ítem que evalúa la percepción de seguridad	Medir la efectividad del Programa de Paciente Seguro	Evaluando anualmente dentro de la encuesta de cultura y clima de seguridad, la percepción de la misma	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Coordinador Asistencial	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					
			Establecer y desarrollar acciones de mejoramiento según el resultado de la medición de la percepción	Definiendo acciones dentro del plan de mejoramiento, según las oportunidades de mejora identificadas en el resultado de la aplicación de la encuesta de cultura y clima de seguridad.	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Comité de Seguridad del Paciente	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					
			Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Índice de frecuencia por accidentalidad global por servicios y áreas / Número total de accidentes de trabajo en el periodo / Número de horas total hombre trabajadas en el mismo periodo (K/24000)	Estableciendo los peligros o riesgos a los que están expuestos los colaboradores del HEGI, definiendo barreras de seguridad y ejecutando según lo programado.	DEPARTAMENTO DE SALUD OCUPACIONAL	Profesional Salud Ocupacional	01/04/2016	31/12/2016	2	39,14		0%	0	0	39				
Promover una cultura de administración de riesgos en el Hospital	Al cierre del 2016, obtener el mínimo el 50% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para los riesgos identificados en el Mapa	(Riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivos / total de riesgos identificados en el Mapa) x 100	Actualizar el mapa de riesgos 2016 definir las barreras de seguridad	Desarrollando una jornada de trabajo con los involucrados, revisando y elaborando el mapa de riesgos de la institución para la vigencia 2016.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente (Yaemth de los Rios Bermudez) Profesional de Calidad (Madelio Rios)	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71		0%	0	0	22					

Administrar la información para su adecuada utilización, análisis y toma de decisiones.	Al cierre de 2016 el 80% de las herramientas tecnológicas y de información habilitadas son efectivas. (medida de comercialización, aplicativos, sistemas de información, etc.)	(Cantidad de herramientas efectivas / Cant de herramientas habilitadas) x 100	Optimizar el uso de herramientas tecnológicas (base de datos, correo, etc.)	Ajustando y adaptándolas a las necesidades de la institución	GESTIÓN DE TIC'S	Funcionario Sistemas	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
			Capacitar en el uso del SHOS para optimizar su utilización	A través de jornadas de capacitación dirigidas a funcionarios y colaboradores del HEGI que tienen responsabilidad en el manejo y manejo del Sistema de Información. (Reporte capacitación)	GESTIÓN DE TIC'S	Funcionario Sistemas	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
			Efectuar mejoras al Sistema de Información SHOS, de acuerdo a las necesidades para contar con información completa, confiable y oportuna	Analizando las necesidades y de mejora del sistema, definiendo la posibilidad y realizando ajustes o mejoras. (Reporte de mejoras)	GESTIÓN DE TIC'S	Funcionario Sistemas	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
Desarrollar el modelo de atención integral en salud mental establecido en el HEGI	Aumentar progresivamente el porcentaje de cumplimiento de la meta de tratamiento en pacientes que ingresan del HEGI y lograr al cierre del 2016 entre el 60%.	Número de pacientes que logran la meta del plan de tratamiento / Total de egresos en el periodo. x100	Actualizar los documentos relacionados con la prestación de los servicios, de acuerdo al modelo aprobado.	Actualizando los respectivos documentos de los servicios (ambulatorios, hospitalarios, rehabilitación y atención primaria en salud mental), de acuerdo al modelo aprobado	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN	Gerente Coordinador Asistencial Líder de Proceso	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
			Socializar a usuarios internos y externos los avances de los programas de prestación de los servicios ambulatorios, hospitalarios, de rehabilitación y atención primaria en salud mental.	Desarrollar campaña de divulgación y despliegue del nuevo modelo, con el fin de garantizar el conocimiento, comprensión y aplicación.	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN	Coordinador Asistencial Líder de Proceso	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
			Implementar el nuevo modelo de atención integral en salud mental.	De acuerdo a cada rol, los involucrados deben realizar las funciones o labores que les compete, con el fin de desarrollar el nuevo modelo en el HEGI	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN	Coordinador Asistencial Líder de Proceso	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				
			Evaluar el logro de metas del tratamiento y medición de los indicadores sobre el cumplimiento del modelo	Aplicando el el instrumento para medir el seguimiento de eventos de interés y cumplimiento de metas del tratamiento.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Coordinador Asistencial Profesional Gestión de Calidad	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39				
			Realizar seguimiento al cumplimiento del nuevo modelo de atención integral en salud mental y analizar resultados críticos sobre aplicación del modelo	Verificando la implementación del modelo a través de seguimiento permanente y análisis medición de los indicadores.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL GESTIÓN DE CALIDAD	Coordinador Asistencial Profesional Gestión de Calidad	01/04/2016	31/12/2016	2	39,14	0%	0	0	39				
			300															
Mejorar la recuperación de la cartera	En cada vigencia del 2014 a 2016 se logra una rotación de la cartera menor a 100 días	Ventas a crédito del periodo (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2	Elaborar la cartera de acuerdo a lo establecido en el manual	Elaborando la programación de cobros de la cartera según agenda y ajustando los cobros según el reglamento	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	01/04/2016	31/08/2016	12	21,71	0%	0	0	22				
			Monitorear los resultados de la gestión de cartera	Mediante reuniones de análisis de los indicadores de cartera, rotación de cartera, cumplimiento de acuerdos de pago	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	01/04/2016	31/08/2016	12	21,71	0%	0	0	22				
			Identificar las desviaciones y tomar los correctivos hacia la recuperación de cartera	Analizar los indicadores para detectar las desviaciones y tomar los correctivos oportunamente	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	01/04/2016	31/08/2016	12	21,71	0%	0	0	22				
Maximizar los ingresos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudado sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudos de C/C de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo C/C de vigencias anteriores)	Estructurar la verificación continua de procesos relacionados con unidades funcionales, centro de costo y productos facturables de cada área del hospital	Definir instrumento de verificación de procesos con actividades facturables para la proyección de metas en productividad y tener en estado actual	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Contadores	01/04/2016	31/12/2016	2	39,14	0%	0	0	39				
			Facturar y radicar de anexo al centro de costo y productos facturables	Mediante instrumento, verificar previo a la generación de la factura el contenido de las actividades identificadas en cada proceso con legajos y proceder a la radicación oportuna	GESTIÓN FINANCIERA	Asesor de Facturación	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39				
			Monitorear el proceso de facturación verificar los motivos de glosas	Mediante el diligenciamiento diario de la matriz financiera y el análisis de los resultados obtenidos, así como los motivos de glosa para dar solución oportuna y establecer tiempos óptimos de respuesta	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39				
			Identificar las debilidades para realizar los correctivos en el mejoramiento del proceso de facturación, auditoría y recaudos	Análisis de los indicadores financieros y de glosa	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Asesor de Facturación	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39				
			Actualizar matriz de priorización de necesidades de humanización	Ajustando Aplicando matriz de humanización mediante la cual se identifiquen y prioricen las necesidades según metodologías establecidas. (Matriz priorización de necesidades)	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	01/04/2016	31/08/2016	1	21,71	0%	0	0	22				

Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2016, obtener 90% Efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos	(Sumatorio de porcentaje de calificación de cada programa sobre percepción de humanización aplicadas a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Desarrollar las actividades del programa de Ética y Humanización	Empoderar, involucrar y comprometer a todos los líderes de las unidades Funcionales del HEGI en la realización de actividades. (Sesiones desarrollo de actividades)	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
			Medir el impacto del programa de Ética y Humanización	Encuesta de Cultura de Ética y Humanización	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	01/04/2016	31/12/2016	1	#VALORI	0%	#VALORI	0	0												
			Mejorar el programa de Ética y Humanización	Análisis de resultados Obtenidos con relación a las variables estructuradas en el programa de Ética y Humanización.	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr en el 2016 un 80% de efectividad en el Plan de Mejoramiento	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades) x 100	Desarrollar autoevaluación de estándares de calidad y plan de mejoramiento continuo	mediante la redifinición de grupos de trabajo y aplicación de la mejora continua.	GESTIÓN DE CALIDAD	Profesional Gestión de Calidad	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
			Realizar auditorías internas de acuerdo al programa aprobado	Ejecutando las auditorías internas, de acuerdo a un procedimiento establecido dentro del informe las actividades y oportunidades de mejora.	GESTIÓN DE CALIDAD	Profesional Gestión de Calidad COORDINACIÓN ASISTENCIAL Jefe Control Interno	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
			Realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento	Verificando el cumplimiento de las acciones de mejoramiento establecidas en el plan, de acuerdo al formato aprobado para tal fin. (Informes de seguimiento y evaluación)	GESTIÓN DE CALIDAD	Profesional Gestión de Calidad Jefe Control Interno	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	Obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos	(Número de usuarios encuestados satisfactorios (calificación buena y excelente) / total de usuarios encuestados) x 100	Realizar y ajustar la encuesta de evaluación de satisfacción de los usuarios	Analizando el mecanismo actual, identificando mejoras en el mismo y definiendo el más adecuado para efectuar una medición real de la satisfacción	ATENCIÓN AL USUARIO - SAU	Trabajadora social Profesional Gestión de Calidad	01/04/2016	31/12/2016	2	39,14	0%	0	0	39												
			Realizar medición, seguimiento y análisis de los indicadores de atención a los CRSP	Mediendo los indicadores y analizando los resultados y la tendencia de los mismos, de acuerdo a la periodicidad establecida en las fichas técnicas.	ATENCIÓN AL USUARIO - SAU	Trabajadora social	01/04/2016	31/12/2016	4	39,14	0%	0	0	39												
			Efectuar medición de la satisfacción de los usuarios (satisfacción insatisfecha)	Aplicando mecanismo de medición definida y determinando tanto la satisfacción como la insatisfacción de usuarios potenciales y reales.	ATENCIÓN AL USUARIO - SAU	Trabajadora social	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	0%	0	0	39												
			Establecer y desarrollar acciones de mejora según el resultado de la medición de satisfacción de los usuarios	Definiendo y ejecutando acciones de mejora frente al resultado de la medición de satisfacción	COMITÉ DE ÉTICA Y HUMANIZACIÓN	COMITÉ DE ÉTICA Y HUMANIZACIÓN	01/04/2016	31/12/2016	2	39,14	0%	0	0	39												
Contribuir al fortalecimiento de competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Al cierre del 2016, el 90% del personal que se le aplicó evaluación desempeño (contingente, provisionales, trabajadores oficiales, contratistas) o superior.	(Cantidad de personal con calificación satisfactoria o superior / Cantidad de personal que se le evaluó desempeño (contingente, provisionales, trabajadores oficiales, contratistas)) x 100	Ejecutar el Plan de Capacitación incluyendo actividades de actualización que fortalezcan las competencias del personal (gesta y contratista)	dando cumplimiento a las actividades proyectadas.	TALENTO HUMANO	Profesional de Recursos Humanos	01/04/2016	31/12/2016	3	39,14	2	67%	26	26	39											
			Realizar proceso de inducción y reincorporación a todo el personal de la institución	Aplicando el programa al nuevo personal	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	01/04/2016	31/12/2016	3	39,14	3	100%	39	39	39											
			Verificar el cumplimiento de sistema de evaluación de desempeño para empleados de carrera administrativa	Solicitando copia de la evaluación (del 2015 y conciliación de objetivos laborales 2016)	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	01/04/2016	31/12/2016	1	39,14	1	100%	39	39	39											
			Implementar proceso de evaluación de desempeño para provisionales, contratistas, directos	aplicando la metodología para evaluar el desempeño	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	01/04/2016	31/12/2016	3	39,14	1,5	50%	20	20	39											
Promover el compromiso institucional	Lograr un 85% de satisfacción (satisfacción y muy satisfacción)	(Sumatorio encuestados con calificación satisfacción y muy satisfacción en la encuesta de	Realizar evaluación del Clima Organizacional y analizar resultados	Aplicando encuesta, desarrollando reuniones grupales de trabajo y generando un análisis de resultados	TALENTO HUMANO	Profesional de apoyo Recursos Humanos (psicólogo organizacional)	01/04/2016	31/08/2016	2	21,71	0	0%	0	0	22											

en colaboraciones	por parte de los colaboradores en relación al clima laboral	porcentaje de encuestados (clima laboral / total encuestados) X 100	Establecer, desarrollar y evaluar el Plan de Bienestar para la actual vigencia	Programando y ejecutando actividades: recreativas, deportivas, lúdicas, educación formal, salud, vivienda. Además realizando una evaluación final del Plan en relación a las necesidades identificadas	TALENTO HUMANO	Comité de Bienestar Social	01/04/2016	31/12/2016	3	39,14	1	33%	13	13	39				
									TOTALES	#VALORI	11,50	6,50	#VALORI	187,43	7390,00				

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mérida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	01/04/2016
REVISÓ Y APROBO	Claudia Amagro Medina Salazar	Gerente	02/04/2016

CONTROL DE CAMBIOS			
FECHA	CAUSA	VERSION	
01/04/2016	Se crea formato	1	
29/01/2015	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de	2	

MEJORADO  
IMPLEMENTADO  
DESARROLLADO  
DISEÑADO  
NO HA INICADO