



VIGENCIA: 2018
ÁREA: GERENCIA

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia	Desarrollar la totalidad de proyectos de laborterapia planteados dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Apoyar en el estudio de viabilidad del proyecto productivo a implementar.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/04/01	2018/06/30	Participando en el análisis de aspectos a tener en cuenta para el desarrollo del proyecto productivo, definiendo plan de implementación.	1	12.86	1.00	100%	13	13	13
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001:2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área	GERENCIA	Personal del Área	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Desarrollar actividades de promoción y prevención en las áreas con mayor impacto en salud mental.	Desarrollar en cada vigencia el 100% de las actividades definidas para intervenir los grupos sociales	(Cantidad de actividades desarrolladas con grupos sociales/cantidad de actividades definidas con los grupos sociales proyectados)*100	Determinar junto con equipo asistencial, los grupos sociales a intervenir en la vigencia, las actividades a desarrollar y analizar resultado de las mismas	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/04/01	2018/11/30	Identificando conjuntamente la población objeto para intervenir según casos de interés mas significativos, definiendo la forma de intervención y analizar la actividad desarrollada para determinar el impacto.	2	34.71	2.00	100%	35	35	35
Generar conocimiento en salud mental.	Desarrollar dos encuentros académicos en el año y actividades académicas con las universidades, según convenios suscritos.	(Numero de eventos y actividades académicas desarrolladas/Numero de eventos y actividades académicas programadas)*100	Definir y desarrollar junto con la coordinación asistencial, los encuentros académicos	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/10/31	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos.	2	34.86	2.00	100%	35	35	35
			Autorizar las actividades académicas solicitadas al HEGI	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Analizar solicitud de actividades académicas (visitas, prácticas) y autorizar según disponibilidad del HEGI, definiendo los aspectos a tener en cuenta para la atención de las visitas de estudiantes en el HEGI.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)*x(240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43

Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Mejorar la recuperación de la cartera	Alcanzar la meta de rotación de cartera definida en cada vigencia (248 días en el año 2018)	$\frac{360}{\text{(Ventas a crédito antes de periodo - glosas aceptadas antes del periodo) + Ventas a crédito del periodo - glosas aceptadas del periodo} / 2}$ ((saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo) / 2) - (depósitos sin identificar + giro directo)	Monitorear de forma permanente la gestión de la cartera y analizar bimestralmente el resultado de la gestión y el estado de la cartera para la toma de acciones pertinentes.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/04/11	2018/12/30	Revisando la gestión frente a la cartera y analizando en comité interno el comportamiento de los indicadores de cartera y cumplimiento de acuerdos de pago, tomando acciones al respecto.	4	37.57	4.00	100%	38	38	38
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Monitorear de forma permanente la facturación frente al recaudo y analizar en reunión bimestral dicho resultado al igual que los motivos de glosas y el comportamiento de los gastos, y tomar decisiones al respecto.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/04/11	2018/12/30	Revisando la facturación, analizando en comité interno el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto.	4	37.57	5.00	100%	38	38	38
			Identificar nuevas y favorables condiciones de ventas de servicios de salud mental y suscribir contratos de venta de servicios.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Analizando nuevas oportunidades de mercado, suscribiendo contratos de ventas de servicios de salud mental con nuevas condiciones de ventas.	10	43.43	10.00	100%	43	43	43
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43

Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100		GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43	
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reincorporación y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Desarrollar las responsabilidades asignadas en el marco del proceso de evaluación de desempeño laboral adoptado por el Hospital	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/02/01	2018/12/31	Ejecutando las obligaciones como Jefe de la Entidad o Nominador establecidas en el Acuerdo 565 de 2016 y normatividad interna. (designar comisiones evaluadoras, constatar que el proceso se efectuó con base en los parámetros establecidos, ordenar evaluaciones extraordinarias, resolver recursos de reposición, adoptar medidas para la concertación de compromisos laborales, designar servidor para resolver recursos de apelación, etc)	1	47.57	1.00	100%	48	48	48	
			Asegurar la asignación de los recursos para el fortalecimiento de las competencias del talento humano	COMITÉ DE ADQUISICIONES	INTEGRANTES DEL COMITÉ	2018/01/02	2018/12/31	Destinando dentro de presupuesto recursos para el fortalecimiento de las competencias.	1	51.86	1.00	100%	52	52	52	
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Asegurar la asignación de recursos para promover el compromiso institucional en los colaboradores.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2018/01/02	2018/12/31	Destinando dentro de presupuesto recursos para promover el compromiso institucional.	1	51.86	1.00	100%	52	52	52	
TOTALES										643.29	38.00	16.00		643.29	643.29	643.29

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	3	16	0
IMPLEMENTADO (70%)	1	4	0	0
DESARROLLADO (40%)	8	6	0	0
DISENADO (10%)	3	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	3	2	0	0
TOTAL ACCIONES	16	16	16	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	6%	19%	100%	# DIV/0!
IMPLEMENTADO	6%	25%	0%	# DIV/0!
DESARROLLADO	50%	38%	0%	# DIV/0!
DISENADO	19%	6%	0%	# DIV/0!
NO HA INICIADO	19%	13%	0%	# DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	643
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	643
Cumplimiento del plan	CPM =	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	100.00%

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISÓ Y VALIDÓ	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérida - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018
ÁREA: PLANEACIÓN Y CALIDAD

FORMULACIÓN														Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida										
				PROCESO / ÁREA RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN												
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Número de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Número de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Realizar diagnóstico sobre el cumplimiento de requisitos aplicables de la NTC ISO 9001:2015	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras)	2018/03/12	2018/11/30	Verificar a través de auditoría, el cumplimiento de los requisitos , en marzo para conocer el estado actual y definir plan de trabajo y en octubre para verificar la efectividad del plan de trabajo.	1	37.57	1.00	100%	38	38	38				
			Establecer y liderar plan de trabajo de implementación de la norma ISO 9001:2015 como fase 2	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	Personal del Área	2018/04/01	2018/12/30	Definiendo plan de trabajo sobre los requisitos de la NTC 9001:2015 que no se consideraron cumplidos y que fueron priorizados en la fase 2 , así mismo, liderar su ejecución.	1	39.00	1.00	100%	39	39	39				
			Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso de Gestión de Calidad	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30				
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Actualizar programa Paciente Seguro.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA PACIENTE SEGURO (Jefe Yesika Orjuela)	2018/03/05	2018/08/30	Revisando y ajustado programa paciente seguro para revisión y validación de Coordinación asistencial y aprobación por calidad.	1	25.43	1.00	100%	25	25	25				
			Desarrollar programa paciente seguro en el hospital, de acuerdo a cronograma de actividades	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA PACIENTE SEGURO (Jefe Yesika Orjuela)	2018/01/15	2018/12/31	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2017.	1	50.00	1.00	100%	50	50	50				
			Evaluar el cumplimiento del programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Adriana Rojas)	2018/04/01	2018/11/30	Evalutando trimestralmente el cumplimiento del programa y la ejecución de las actividades planteadas para la vigencia 2018.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35				
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43				
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Evaluar el cumplimiento del plan de mantenimiento de la vigencia	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/05/01	2018/12/20	Verificando el cumplimiento del Plan de Mantenimiento y generando informes con corte a marzo, junio, septiembre	3	33.29	3.00	100%	33	33	33				

Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Evaluar el cumplimiento del plan de trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Adriana Rojas)	2018/04/01	2018/11/30	Evaluando trimestralmente el cumplimiento del programa y la ejecución de las actividades planteadas para la vigencia 2018.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Ajustar y socializar la política de administración de riesgos del Hospital	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras)	2018/03/19	2018/08/30	Revisando la política de administración de riesgos vigente, identificando necesidades de ajustes, actualizando el Manual de Administración de Riesgos y socializando dicha política.	2	23.43	2.00	100%	23	23	23
			Orientar a líderes de áreas sobre la administración de los riesgos y apoyar en la aplicación de la metodología	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras)	2018/05/01	2018/12/30	Capacitar y apoyar la implementación de la metodología de administración de riesgos en cada proceso y realizar monitoreo semestral.	14	34.71	14.00	100%	35	35	35
			Aplicar metodología de administración de riesgos	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras)	2018/11/01	2018/12/30	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos.	2	8.43	2.00	100%	8	8	8
			Aplicar metodología de administración de riesgos	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones	En el 2018 obtener un 59% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación", según preguntas Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión (FURAG)	Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) cumplidas/ Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	Establecer y divulgar la Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/05/01	2018/09/30	Liderando la formulación de la política, sometiéndola a aprobación y divulgando la versión definitiva	2	21.71	0.00	0%	0	0	22
			Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Vigencia, que le competen al área y efectuar seguimiento al cumplimiento del Plan	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/04/01	2018/12/30	Desarrollando las actividades asignadas al área y realizando seguimiento cuatrimestral al cumplimiento del Plan	11	39.00	9.02	82%	32	32	39
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Liderar formulación y realizar seguimiento a la ejecución del Plan de Austeridad de la vigencia	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/04/01	2018/12/30	Apoiando la formulación del Plan de Austeridad y realizando seguimiento trimestral de la ejecución de las actividades programadas y de la efectividad de las mismas a través de la medición de los indicadores que reflejan si hubo reducción en el gasto (4 entregables: 1 plan formulado + 3 seguimientos)	4	39.00	4.00	100%	39	39	39
			Actualizar programa de humanización y definir cronograma de actividades para la vigencia 2018	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN (Gina Farra)	2018/02/01	2018/09/30	Revisando y ajustado programa paciente seguro para revisión y aprobándolo en el SGC, asimismo, definiendo las actividades a desarrollar en la vigencia	1	34.43	1.00	100%	34	34	34

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Desarrollar programa humanización en el hospital, de acuerdo a cronograma de actividades	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN (Gina Parra)	2018/04/02	2018/12/31	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2017.	1	39.00	1.00	100%	39	39	39
			Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Medir percepción de humanización de pacientes familia y colaboradores y analizar resultados	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN (Gina Parra)	2018/10/01	2018/11/30	Aplicando mecanismo de evaluación de percepción de humanización y analizando el resultado.	2	8.57	2.00	100%	9	9	9
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Definir y desarrollar estrategia de fomento de la cultura de mejoramiento continuo	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras)	2018/05/01	2018/11/30	Estableciendo el mecanismos y las actividades para promover la aplicación de la mejora continua y brindando el apoyo en la identificación de oportunidades de mejora y formulación de planes de mejoramiento.	2	30.43	2.00	100%	30	30	30
			Realizar seguimiento y evaluación trimestral a los Planes de Mejoramiento.	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2018/01/03	2018/12/31	Realizando seguimiento permanente y evaluación trimestral del plan de mejoramiento, determinando los estándares y no conformidades en estado mejorado o subsanados y estableciendo el porcentaje de avance y cumplimiento de los planes de mejoramiento.	3	51.71	3.00	100%	52	52	52
			Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorias internas y externas.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
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.	(Numero de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Consolidar la medición de la satisfacción de usuarios y socializar resultado	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/01/02	2018/12/30	Analizando en comité de calidad el resultado de los aspectos evaluados sobre la satisfacción, determinando oportunidades de mejora y emprendiendo las acciones pertinentes	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
			Analizar el resultado de la satisfacción frente a los servicios prestados	GESTIÓN DE CALIDAD	Comité de Calidad	2018/06/01	2018/12/30	Analizando en comité de calidad el resultado de los aspectos evaluados sobre la satisfacción, determinando oportunidades de mejora y emprendiendo las acciones pertinentes	2	30.29	2.00	100%	30	30	30
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reincursión y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Desarrollar las responsabilidades asignadas en el marco del proceso de evaluación de desempeño laboral adoptado por el Hospital	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2018/02/01	2018/12/31	Ejecutando las obligaciones como Jefe de la Oficina de Planeación establecidas en el Acuerdo 565 de 2016 y normatividad interna. (Dar a conocer en el término previsto, la información de las metas por áreas de acuerdo con los requerimientos para la concertación de los compromisos laborales; Dar a conocer el avance logrado por las áreas en la ejecución de sus metas). 3 entregables: socialización POA y 2 seguimientos de POA a jun y sep de 2018	3	47.57	3.00	100%	48	48	48
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Efectuar seguimiento al cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas del HEGI	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Magda Trilleras/Adriana Rojas)	2018/04/02	2018/11/30	Verificando trimestralmente a partir de junio, el cumplimiento de los planes operativos de las áreas (2; con corte a junio y septiembre).	2	34.57	2.00	100%	35	35	35
TOTALES										996.86	82.02	26.82	968.12	968.12	996.86

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	10	26	0
IMPLEMENTADO (70%)	1	2	1	0
DESARROLLADO (40%)	16	11	0	0
DISEÑADO (10%)	3	0	0	0
NO HA INICIADO (0%)	8	5	1	0
TOTAL ACCIONES	28	28	28	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	36%	93%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	4%	7%	4%	#DIV/0!
DESARROLLADO	57%	39%	0%	#DIV/0!
DISEÑADO	11%	0%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	29%	18%	4%	#DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	997
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	997
Cumplimiento del plan	CPM =	97.12%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	97.12%



VIGENCIA: 2018
ÁREA: CONTROL INTERNO

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Efectuar evaluación del cumplimiento del plan de mantenimiento de la vigencia	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/05/01	2018/12/20	Verificando el cumplimiento del Plan de Mantenimiento y generando informe con corte a septiembre	1	33.29	1.00	100%	33	33	33
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
			Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecida en los mapas de riesgos	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/05/01	2018/12/30	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones	En el 2018 obtener un 59% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del MIPG "Información y Comunicación", según preguntas FURAG	Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG cumplidas/ Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG	Desarrollar auditoría a la gestión documental	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/11/01	2018/12/14	Ejecutando auditoría a los lineamientos de gestión documental y manejo de la información (lineamientos 5a dimensión MIPG y Ley General de Archivo)	1	6.14	1.00	100%	6	6	6

Mejorar la recuperación de la cartera	Alcanzar la meta de rotación de cartera definida en cada vigencia (248 días en el año 2018)	360 (Ventas a crédito antes de periodo-glosas aceptadas antes del periodo)+ Ventas a crédito del periodo-glosas aceptadas del periodo/2 (saldo cuentas por cobrar antes de periodo- + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2)-(depósitos sin identificar+giro directo)	Evaluar el proceso de facturación, cartera y glosas	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/08/01	2018/09/15	Verificando a través de la auditoría al proceso de Gestión Financiera, el cumplimiento de las políticas y procedimientos, efectividad de los controles y gestión.	1	6.43	1.00	100%	6	6	6
Adoptar el nuevo marco normativo contable	En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento y efectividad del sistema de control interno contable superior a 4	(Sumatoria puntajes obtenidos / total de preguntas)*5	Evaluar el Control Interno Contable del HEGI según normatividad vigente	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/02/01	2018/10/31	Verificando y rindiendo informe de control interno contable anual a través del aplicativo Chip Local de la Contaduría General de la Nación; Verificando a través de la auditoría al proceso contable, auditoría programada para el mes de octubre de 2018	2	38.86	2.00	100%	39	39	39
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Realizar Seguimiento a los Gastos de Funcionamiento y Austeridad	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/04/01	2018/12/30	Verificando cumplimiento de lineamientos y generando Informe trimestral de Austeridad en el Gasto Público del Hospital Especializado Granja Integral	3	39.00	3.00	100%	39	39	39
			Evaluar el proceso de Gestión Financiera en relación al presupuesto	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/09/01	2018/10/15	Verificando a través de la auditoría la planeación y ejecución del presupuesto.	1	6.29	1.00	100%	6	6	6
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100		SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por auditorías internas y externas.	1	43.43	100.00	100%	43	43	43
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reincidencia y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Desarrollar las responsabilidades asignadas en el marco del proceso de evaluación de desempeño laboral adoptado por el Hospital	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/02/01	2018/12/31	Ejecutando las obligaciones como Jefe de la Oficina de Control Interno establecidas en el Acuerdo 565 de 2016 y normatividad interna. (Dar a conocer el resultado de la evaluación de gestión por áreas o dependencias; Resolver en única instancia reclamación sobre esta calificación; Dirimir cuando exista empate en las decisiones adoptadas por la Comité de Personal frente a las reclamaciones en relación a la concertación de compromisos)	1	47.57	1.00	100%	48	48	48
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas..	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Efectuar seguimiento al cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas del HEGI	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2018/07/01	2018/12/30	Verificando trimestralmente a partir de junio, el cumplimiento de los planes operativos de las áreas (2; con corte a junio y septiembre).	2	26.00	2.00	100%	26	26	26
TOTALES										412.00	120.00	13.00	412.00	412.00	412.00

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Rios	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	3	15	0
IMPLEMENTADO (70%)	0	1	0	0
DESARROLLADO (40%)	5	7	0	0
DISEÑADO (10%)	2	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	8	3	0	0
TOTAL ACCIONES	15	15	15	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	20%	100%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	0%	7%	0%	#DIV/0!
DESARROLLADO	33%	47%	0%	#DIV/0!
DISEÑADO	13%	7%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	53%	20%	0%	#DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	412
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	412
Cumplimiento del plan	CPM = POMMV/PBEC	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	100.00%



VIGENCIA: 2018
ÁREA: AMBULATORIOS

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Desarrollar actividades de promoción prevención en las áreas con mayor impacto en salud mental.	Desarrollar en cada vigencia el 100% de las actividades definidas para intervenir los grupos sociales	(Cantidad de actividades desarrolladas con grupos sociales/cantidad de actividades definidas con los grupos sociales proyectados)*100	Determinar junto con Gerencia, los grupos sociales a intervenir en la vigencia y las actividades a desarrollar.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/04/01	2018/11/30	Identificando conjuntamente la población objeto para intervenir según casos de interés mas significativos, definiendo la forma de intervención y analizar la actividad desarrollada para determinar el impacto.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35
			Desarrollar actividades extramurales de intervención a grupos sociales definidos.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/06/01	2018/11/30	Organizando y ejecutando actividades de intervención de acuerdo a lo definido y gestionado.	1	26.00	1.00	100%	26	26	26
Generar conocimiento en salud mental.	Desarrollar dos encuentros académicos en el año y actividades académicas con las universidades, según convenios suscritos.	(Numero de eventos y actividades académicas desarrolladas/Numero de eventos y actividades académicas programadas)*100	Programar los encuentros académicos a desarrollar en la vigencia	SERVICIOS AMBULATORIOS	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/04/10	2018/10/31	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos.	2	29.14	2.00	100%	29	29	29
			Desarrollar las actividades académicas concertadas con el HEGI	SERVICIOS AMBULATORIOS	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Determinando fecha, lugar, personal a participar (según perfil de estudiantes) y desarrollando actividades según lo definido.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Fortalecer los procesos relacionados con educación e investigación en el HEGI	SERVICIOS AMBULATORIOS	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/31	Desarrollando las funciones que le corresponde al Comité de Educación e Investigación, en lo relacionado con los procesos de evaluación ética de proyectos de investigación, el desarrollo de una política institucional de educación e investigación, y el seguimiento a las actividades académicas y de investigación que se realizan en el hospital.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	43.43	0.50	50%	22	22	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	En el 2018 obtener un 59% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del MIPG "Información y Comunicación", según preguntas FURAG	Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG cumplidas/Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG	Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Vigencia, que le competen al área	ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/04/01	2018/12/30	Desarrollando las actividades asignadas	9	39.00	6.03	67%	26	26	39

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Socializar los derechos y deberes del paciente y su familia, durante su estadía en el servicio de consulta externa	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	PERSONAL DEL ÁREA ASIGNADO	2018/01/02	2018/12/30	Exponiendo de forma personal los derechos y deberes y haciendo entrega del folleto sobre esta información.	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100		SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Angélica Moreno)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	43.43	0.50	50%	22	22	43
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 satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Ajustar mecanismo medición de la satisfacción de los usuarios en el servicio de consulta externa.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2018/02/21	2018/02/28	Ajustando la encuesta	12	1.00	12.00	100%	1	1	1
			Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2018/01/03	2018/12/31	Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
TOTALES										502.57	55.03	11.67	446.27	446.27	502.57

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	4	13	0
IMPLEMENTADO (70%)	1	3	0	0
DESARROLLADO (40%)	7	6	2	0
DISEÑADO (10%)	1	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	3	1	0	0
TOTAL ACCIONES	15	15	15	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	20%	27%	87%	#iDIV/0!
IMPLEMENTADO	7%	20%	0%	#iDIV/0!
DESARROLLADO	47%	40%	13%	#iDIV/0!
DISEÑADO	7%	7%	0%	#iDIV/0!
NO HA INICIADO	20%	7%	0%	#iDIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	503
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	503
Cumplimiento del plan	CPM =	88.80%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	88.80%

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISÓ Y VALIDÓ	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérída - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018
ÁREA: HOSPITALIZACIÓN

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	0.80	80%	24	24	30
Promover la salud mental en los pacientes hospitalizados	En cada vigencia lograr que el 100% de los pacientes del servicio de hospitalización cuenten con educación sobre salud mental.	Numero de pacientes que reciben educación en el servicio de hospitalización /Numero de pacientes que ingresan a la institución en servicio de hospitalización	Aplicar componente de educación para la salud mental en todos los servicios asistenciales (pacientes hospitalizados), con una perspectiva de derechos.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL COORDINADOR ENFERMERIA TRABAJO SOCIAL	2018/06/01	2018/11/30	Brindar educación sobre los derechos a la salud y sus implicaciones en el proceso terapéutico en el área asistencial; así como el manejo y cuidado de la enfermedad.	1	26.00	1.00	100%	26	26	26
Promover la salud mental y prevención (secundaria) de los trastornos mentales en cooperación con los hospitales locales de 46 municipios del Tolima.	Atender en cada vigencia el 100% de consultas de otros hospital como apoyo a la red en salud mental	Numero de pacientes que reciben consulta/Numero de pacientes que requirieron el apoyo.	Atender consultas de los otros hospitales sobre sus pacientes, en cuanto al diagnóstico, medicación y manejo de la enfermedad; cuando hay limitación de acceso a los servicios en el HEGI	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL COORDINADOR AMBULATORIO	2018/04/01	2018/12/31	Atiendo en el horario establecido, las consultas de otros hospitales que requieran acompañamiento del HEGI para emitir diagnóstico sobre pacientes con alteraciones mentales, fortaleciendo de apoyo interinstitucional, según los lineamientos de la política pública en salud mental Tolima 2013 - 2021 (Ordenanza 004 de 2014)	1	39.14	1.00	100%	39	39	39
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Analizar hallazgos (eventos) e identificar oportunidades de mejora sobre la seguridad del paciente	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Retroalimentando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoría concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo interdisciplinario.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Numero total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores/ cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43

Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorada / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	43.43	0.50	50%	22	22	43
			Actualizar periódicamente las guías de manejo de los diferentes servicios.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2018/01/01	2018/12/31	Actualizando periódicamente las guías de manejo de los diferentes servicios con un enfoque de derechos, interdisciplinario, de promoción de la salud, e integración con los niveles locales y comunitarios de atención en salud.	1	52.00	1.00	100%	52	52	52
			Desarrollar procesos de auditorías concurrentes con equipo interdisciplinario.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2018/06/01	2018/12/31	Fortalecimiento de los procesos de auditoría, construidos y evaluados colectivamente con el equipo interdisciplinario.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
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 satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Ajustar mecanismo medición de la satisfacción de los usuarios en el servicio de Hospitalización.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/02/01	2018/03/30	Ajustando la encuesta que mide la satisfacción en el servicio de hospitalización	12	8.14	12.00	100%	8	8	8
				HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Angélica Moreno (E))	2018/01/03	2018/12/31	Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
TOTALES										402.86	35.50	9.50	381.14	381.14	402.86

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	3	11	0
IMPLEMENTADO (70%)	2	4	1	0
DESARROLLADO (40%)	8	3	1	0
DISEÑADO (10%)	0	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	3	2	0	0
TOTAL ACCIONES	13	13	13	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	23%	85%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	15%	31%	8%	#DIV/0!
DESARROLLADO	62%	23%	8%	#DIV/0!
DISEÑADO	0%	8%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	23%	15%	0%	#DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	403
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	403
Cumplimiento del plan	CPM =	94.61%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	94.61%

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISÓ Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérída - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018
ÁREA: REHABILITACIÓN

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
				FORMULACIÓN											
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia.	Desarrollar la totalidad de proyectos de laborterapia planteados dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Definir viabilidad del proyecto productivo a implementar en la vigencia	COMITÉ GRANJA	INTEGRANTES DEL COMITÉ	2018/04/01	2018/06/30	Analizando todos los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo del proyecto productivo, definiendo plan de implementación	1	12.86	1	100%	13	13	13
			Implementar proyecto productivo para el fortalecimiento del programa de rehabilitación	REHABILITACIÓN	Dr. Leonardo Ayala Dra. Edna Solórzano	2018/07/01	2018/12/30	Desarrollando las actividades de acuerdo a la formulación del proyecto definido por el comité de granja	1	26.00	1	100%	26	26	26
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001:2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	0.8	80%	24	24	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Analizar hallazgos (eventos) e identificar oportunidades de mejora sobre la seguridad del paciente	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Retroalimentando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoría concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo interdisciplinario.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	REHABILITACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores/cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado/Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas.)	1	43.43	0.5	50%	22	22	43
TOTALES										329.86	12.30	8.30	302.06	302.06	329.86

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	4	4	7	0
IMPLEMENTADO (70%)	1	1	1	0
DESARROLLADO (40%)	2	2	1	0
DISEÑADO (10%)	0	0	0	0
NO HA INICIADO (0%)	2	2	0	0
TOTAL ACCIONES	9	9	9	0

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Rios	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	44%	44%	78%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	11%	11%	11%	#DIV/0!
DESARROLLADO	22%	22%	11%	#DIV/0!
DISEÑADO	0%	0%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	22%	22%	0%	#DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	330
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	330
Cumplimiento del plan	CPM =	91.57%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	91.57%



VIGENCIA: 2018
ÁREA: APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

FORMULACIÓN										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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO								
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN									
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	0.80	80%	24	24	30	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Analizar hallazgos (eventos) e identificar oportunidades de mejora sobre la seguridad del paciente	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Retroalimentando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoría concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo interdisciplinario.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43	
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43	
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43	
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Dr. Leonardo Ayala	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43	
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores/ cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43	
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado/ Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	43.43	0.50	50%	22	22	43	
TOTALES										291.00	10.30	6.30	263.20	263.20	291.00	

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	2	2	5	0
IMPLEMENTADO (70%)	1	1	1	0
DESARROLLADO (40%)	2	2	1	0
DISEÑADO (10%)	0	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	2	1	0	0
TOTAL ACCIONES	7	7	7	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	29%	29%	71%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	14%	14%	14%	#DIV/0!
DESARROLLADO	29%	29%	14%	#DIV/0!
DISEÑADO	0%	14%	0%	#DIV/0!

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

NO HA INICIADO	29%	14%	0%	#¡DIV/0!
----------------	-----	-----	----	----------

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	291
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	291
Cumplimiento del plan	CPM =	90.45%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	90.45%



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérica - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018

ÁREA: INFORMÁTICA Y COMUNICACIÓN

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área.	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Fortalecer la comunicación interna y externa	En el 2018 obtener un 30% de percepción de la efectividad de la comunicación	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de la efectividad de la comunicación/ cantidad de preguntas sobre percepción del manejo de las comunicaciones)	Definir e implementar Plan y matriz de comunicaciones.	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones (Ing. Martha Peña; Ing. Oscar Palacios)	2018/05/01	2018/06/30	Diseñando y aprobando por Calidad Plan y matriz de comunicaciones; socializando por áreas, y desarrollando estrategias de uso.	3	8.57	0.00	0%	0	0	9
			Medir percepción de la efectividad de la comunicación en el HEGI.	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones (Ing. Martha Peña; Ing. Oscar Palacios)	2018/08/20	2018/11/30	Diseñando y aplicado encuesta a usuarios internos y externos y generando medición y análisis a más tardar en el mes de mayo y en noviembre de 2018	2	14.57	2.00	100%	15	15	15
			Formular el Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI)	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones (Ing. Martha Peña; Ing. Oscar Palacios)	2018/05/01	2018/09/30	formulando el Plan de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial del Estado, el cual debe contener: El portafolio o mapa de ruta de los proyectos, La proyección del presupuesto, El entendimiento estratégico, El análisis de la situación actual, El plan de comunicaciones del PETI y Todos los dominios del Marco de Referencia.	1	21.71	0.00	0%	0	0	22
			Documentar y divulgar el manual de políticas de Gestión Documental: acceso, manejo, seguridad y privacidad de la información	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones (Ing. Martha Peña; Ing. Oscar Palacios)	2018/04/01	2018/09/30	Documentando diagnóstico del estado actual de la entidad en la implementación de Seguridad y Privacidad de la Información, documentando y divulgando el manual de políticas de seguridad y privacidad de la información de la entidad.	2	26.00	0.00	0%	0	0	26

Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	En el 2018 obtener un 59% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación", según preguntas Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión (FURAG)	Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) cumplidas/ Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	Realizar Diagnostico de la Gestión Documental y desarrollar Plan de Acción de Gestión Documental de la vigencia	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2018/02/20	2018/12/30	Realizando diagnostico y Definiendo a mas tardar el 30/04/18, las actividades en el Plan de Acción según disposiciones normativas y exigencias MIPG (política de Gestión Documental, Plan Institucional de Archivos - PINAR, Programa de Gestión Documental, Tabla de Retención Documental - TRD, Fondos Documentales Acumulados - FDA, Formato Único de Inventario Documental - FUID, Sistema Integrado de Conservación, etc)	2	44.71	1.71	86%	38	38	45
			Revisar y actualizar documentos del proceso de Gestión Documental	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2018/05/01	2018/11/30	Revisando y ajustando el proceso, procedimientos y formatos (recepción, transferencias de archivos,	1	30.43	0.33	33%	10	10	30
			Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Vigencia, que le competen al área	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2018/04/01	2018/12/30	Desarrollando las actividades asignadas	11	39.00	7.00	64%	25	25	39
Adoptar el nuevo marco normativo contable	En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento y efectividad del sistema de control interno contable superior a 4	(Sumatoria puntajes obtenidos / total de preguntas)*5	Liderar el proceso de parametrización y ajuste del módulo contable SIHOS para iniciar su operación.	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2018/03/05	2018/12/30	Reportar necesidad de ajuste en el módulo contable SIHO, participar en soporte técnico y demás actividades del proceso de parametrización del modulo según nuevo marco normativo, verificando la efectividad del soporte, es decir, solución del problema y validando la culminación de la parametrización para iniciar su operación.	10	42.86	10.00	100%	43	43	43
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)		GESTIÓN TICS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
TOTALES									291.57	21.05	4.83	203.00	203.00	291.57	

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	0	2	0

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

IMPLEMENTADO (70%)	0	1	0	0
DESARROLLADO (40%)	5	6	1	0
DISEÑADO (10%)	1	2	1	0
NO HA INICIADO (0%)	8	5	2	0
TOTAL ACCIONES	14	14	6	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	33%	# DIV/0!
IMPLEMENTADO	0%	7%	0%	# DIV/0!
DESARROLLADO	36%	43%	17%	# DIV/0!
DISEÑADO	7%	14%	17%	# DIV/0!
NO HA INICIADO	57%	36%	33%	# DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	292
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	292
Cumplimiento del plan	CPM =	69.62%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	69.62%



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérida - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018
ÁREA: RECURSOS FINANCIEROS

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
						FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001:2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	FINANCIERA	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
			Documentar manual de cartera y procedimiento de glosas y devoluciones	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Mauricio Cuellar)	2018/04/16	2018/09/30	Documentando el manual interno de recaudo de cartera y tratamiento de glosas, como lo establece la Ley 1066 de 2006 y el Artículo 1º del decreto reglamentario 4473 de 2006 y aprobándolo dentro del SGC como un documento institucional.	1	23.86	0.25	25%	6	6	24
			Gestionar la cartera de acuerdo al procedimiento establecido.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Mauricio Cuellar)	2018/01/15	2018/12/31	Ejecutando la programación de conciliación de la cartera según agenda y ejecutando los cobros según el reglamento.	12	50.00	12.00	100%	50	50	50

Mejorar la recuperación de la cartera	Alcanzar la meta de rotación de cartera definida en cada vigencia (248 días en el año 2018)	$\frac{\text{Ventas a crédito antes de periodo - glosas aceptadas antes del periodo} + \text{Ventas a crédito del periodo - glosas aceptadas del periodo}}{2}$ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2 - (depósitos sin identificar + giro directo)	Reportar informe mensual sobre la gestión de la cartera y analizar bimestralmente el resultado de la gestión y el estado de la cartera en reunión con Gerencia y líderes de área, para la toma de decisiones.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS (Mauricio Cuellar)	2018/04/11	2018/12/30	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) a partir del mes de mayo y desarrollando reunión cada 2 meses en comité interno donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto (mayo, julio, septiembre, noviembre),	12	37.57	12.00	100%	38	38	38
			Revisión y ajuste de las políticas contables.	FINANCIERA	CONTADOR	2018/04/11	2018/09/30	Revisando la aplicación de las políticas contables, identificando necesidades de ajustes y proceder a la modificación y aprobación de éstas.	1	24.57	1.00	100%	25	25	25
			Actualizar las políticas de operación en el proceso contable.	FINANCIERA	CONTADOR	2018/04/11	2018/10/30	Actualizando la políticas de operación acorde al nuevo marco normativo contable, que faciliten la ejecución del proceso contable y asegure el flujo de información hacia el área contable y la incorporación de todos los hechos económicos realizados por la entidad.	1	28.86	1.00	100%	29	29	29
			Implementar las políticas contables y de operación ajustadas	FINANCIERA	CONTADOR	2018/06/01	2018/12/31	Ejecutando el proceso contables de acuerdo a las políticas contables y de operación definidas.	7	30.43	7.00	100%	0	0	30

Adoptar el nuevo marco normativo contable	En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento y efectividad del sistema de control interno contable superior a 4	(Sumatoria puntajes obtenidos / total de preguntas)*5	Participar en el proceso de parametrización y ajuste del módulo contable SIHOS para iniciar su operación.	FINANCIERA	CONTADOR	2018/03/05	2018/12/30	Reportar necesidad de ajuste en el módulo contable SIHO, participar en soporte técnico y demás actividades del proceso de parametrización del modulo según nuevo marco normativo	10	42.86	10.00	100%	43	43	43
			Continuar la aplicación del nuevo marco normativo y reportar la información correspondiente a la CGN	FINANCIERA	CONTADOR	2018/01/02	2018/12/31	Desarrollando el proceso contable bajo el marco normativo y rindiendo trimestralmente a la CGN información Contable Pública y Contable Pública Convergencia, a través del CHIP, así el reporte anual del formato FT002 publicación de Estados Financieros.	18	51.86	18.00	100%	52	52	52
				FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez) PERSONAL DE APOYO FACTURACIÓN (Margarita Bonilla) PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Río) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Mauricio Cuellar) ENCARGADO CUENTAS POR PAGAR (Rafael Sanabria) YESIKA ORJUELA (Auditora Concurrente)	2018/04/16	2018/12/31	Actualizando procedimiento de facturación acorde a la normatividad donde se defina un control (2018/05/30), orientado a la verificación previa de la conformidad de la facturación tanto en consulta externa como en hospitalización, de tal manera no se presenten glosas por motivos de falta de autorización u otra falencia en el procedimiento de facturación.	1	37.00	1.00	100%	37	37	37

Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Reportar informe mensual sobre la ejecución presupuestal (ingresos y gastos) y analizar en reunión de comité interno el resultado para la toma de acciones pertinentes.	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/04/11	2018/12/30	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reportar) para la gerencia a partir del mes de mayo y desarrollando reunión cada 2 meses en comité interno donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto (mayo, julio, septiembre, noviembre).	12	37.57	12.00	100%	38	38	38
			Reportar informe mensual sobre la facturación, glosas y devoluciones y analizar en reunión de comité interno el resultado para la toma de acciones pertinentes.	FINANCIERA	PERSONAL DE APOYO FACURACIÓN (Margarita Bonilla) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Mauricio Cuellar)	2018/04/11	2018/12/30	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reportar) para la gerencia a partir del mes de mayo y desarrollando reunión cada 2 meses en comité interno donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto (mayo, julio, septiembre, noviembre).	12	37.57	12.00	100%	38	38	38
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
TOTALES										489.00	88.25	12.25	440.68	440.68	489.00

ESTADO

CANTIDAD DE ACCIONES

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

ESTADO	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	2	16	0
IMPLEMENTADO (70%)	0	3	0	0
DESARROLLADO (40%)	6	7	0	0
DISEÑADO (10%)	6	3	1	0
NO HA INICIADO (0%)	5	2	0	0
TOTAL ACCIONES	17	17	17	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	12%	94%	#¡DIV/0!
IMPLEMENTADO	0%	18%	0%	#¡DIV/0!
DESARROLLADO	35%	41%	0%	#¡DIV/0!
DISEÑADO	35%	18%	6%	#¡DIV/0!
NO HA INICIADO	29%	12%	0%	#¡DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	489
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	489
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	90.12%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	90.12%



Hospital Especializado Granja Integral E.S.E.
Lérida - Tolima
Nit 800.116.719-8

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2018
ÁREA: RECURSOS FÍSICOS

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	FORMULACION				CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				QUIÉN		CUÁNDO									
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia.	Al cierre del 2019 desarrollar proyectos de laborterapia dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Proveer insumos para proyecto productivo.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/01/01	2018/12/31	Adquiriendo los insumos que se requieran y garantizando la venta de los productos.	1	52.00	1.00	100%	52	52	52
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso Ambulatorios	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Establecer plan de mantenimiento del hospital vigencia 2018	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/01/02	2018/02/28	Documentando el plan y expidiendo resolución de adopción.	1	8.14	1.00	100%	8	8	8
			Liderar la ejecución del plan de mantenimiento de la vigencia	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/01/02	2018/12/31	Desarrollando las actividades de acuerdo a lo programado, realizando seguimiento periódico y generando evaluación semestral del cumplimiento.	1	51.86	0.95	95%	49	49	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)x (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43

Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Lograr un promedio de 80% de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental	(Porcentaje promedio de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental)	Desarrollar campaña de ahorro y uso eficiente de agua y energía y realizar seguimiento de su consumo	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/01/02	2018/12/31	Desarrollando actividades orientadas a promover el uso adecuado de agua y energía; además, registrando cada mes el consumo, llevando la trazabilidad de estos para verificar el comportamiento y la efectividad de las campañas, con el fin de tomar acciones al respecto. (Campaña definida; soportes ejecución de actividades)	2	51.86	2.00	100%	52	52	52
			Desarrollar campaña de cero papel y realizar seguimiento de su consumo	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/01/02	2018/12/31	Desarrollando actividades orientadas a promover el uso adecuado del papel; además, registrando cada mes el consumo, llevando la trazabilidad de estos para verificar el comportamiento y la efectividad de las campañas, con el fin de tomar acciones al respecto. (Campaña definida; soportes ejecución de actividades)	2	51.86	2.00	100%	52	52	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por auditorías internas y externas.	1	43.43	0.00	0%	0	0	43
TOTALES									463.29	15.95	9.95	417.34	417.34	463.29	

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	1	9	0
IMPLEMENTADO (70%)	0	1	1	0
DESARROLLADO (40%)	6	6	0	0
DISEÑADO (10%)	1	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	3	2	1	0
TOTAL ACCIONES	11	11	11	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	9%	9%	82%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	0%	9%	9%	#DIV/0!
DESARROLLADO	55%	55%	0%	#DIV/0!
DISEÑADO	9%	9%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	27%	18%	9%	#DIV/0!

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Ríos	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Ríos	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	463
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	463
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	90.08%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	90.08%



VIGENCIA: 2018
ÁREA: TALENTO HUMANO Y CONTRATACIÓN

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	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 (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 50% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2018.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/05/01	2018/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 2 de implementación.	1	30.43	1.00	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2018 una calificación promedio igual o superior al 70% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	RECURSOS HUMANOS	Personal del Área	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2018, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 5% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)x(240000)	Definir y desarrollar Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) establecido en la vigencia.	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL (Wendy Bonilla)	2018/03/01	2018/12/30	Aprobando y desarrollando el plan operativo anual de SST de la vigencia.	2	43.43	2.00	100%	43	43	43
			Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Cumplir en cada vigencia mínimo un promedio del 80% las metas en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Promedio del cumplimiento obtenido en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Institucionalizar e implementar protocolo de manejo de residuos reciclables.	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL SALUD OCUPACIONAL (Wendy Bonilla)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando el lineamientos sobre el manejo de los residuos generados por el Hospital catalogados como reutilizables y realizando despliegue a toda la institución para su aplicación.	2	43.43	2.00	100%	43	43	43
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2018, obtener un 60% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Aplicar metodología de administración de riesgos	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/03/01	2018/12/30	Ejecutando de forma sistemática la administración del riesgo, en sus etapas: Identificación, Análisis (Calificación y Evaluación del Riesgo), Valoración y Tratamiento de los riesgos del área.	5	43.43	5.00	100%	43	43	43
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	En el 2018 obtener un 59% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación", según preguntas Formulario Único Reporte de Avance de la Gestión (FURAG)	Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) cumplidas/ Cantidad de preguntas de la 5a dimensión Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	Ejecutar plan de trabajo de implementación del Sistema de Información y Gestión del Empleo Público (SIGEP)	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/02/01	2018/12/30	Desarrollando las actividades según cronograma de trabajo de implementación con las entidades descentralizadas; orientación al personal del manejo, cargue HV y Declaración personal de planta, HV Contratistas, dar de alta al personal planta y contratista en el SIGEP.	3	47.43	3.00	100%	47	47	47
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Planear y Ejecutar Procesos Contractuales según Plan Anual de Adquisiciones	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/01/02	2018/12/31	Priorizando, programando los procesos contractuales en el Plan Anual de Adquisiciones (elaboración y permanente actualización del PAA), realizando seguimiento a la Ejecución de dicho Plan.	12	51.86	12.00	100%	52	52	52
			Elaborar Estudios Previos acorde a la necesidad fijando precios acorde al mercado.	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/01/02	2018/12/31	Haciendo cumplir el procedimiento en su etapa precontractual, elaborando junto con los líderes de procesos, estudios previos conforme a lo que se requiere, definiendo el valor de los contratos a precios del mercado.	12	51.86	12.00	100%	52	52	52

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2018, obtener el 80% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/03/01	2018/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/03/01	2018/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas.	1	43.43	0.97	97%	42	42	43
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reintroducción y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Establecer perfil de personal de apoyo misional vinculado a través de contrato de prestación de servicios	RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/04/02	2018/09/30	Definiendo los aptitudes y actitudes, conocimientos y habilidades necesarias del personal de apoyo según la labor a desempeñar dentro del Hospital en las áreas misionales.	7	25.86	3.50	50%	13	13	26
				RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/04/02	2018/12/30	Revisando el mecanismo actual, identificando necesidades de ajuste y definiendo el mecanismo mas efectivo de realizar la inducción al personal nuevo, asimismo, documentando a través de una nueva versión del Manual a más tardar el 30/05/18 e implementándolo a partir de la expedición de la nueva versión.	2	38.86	2.00	100%	39	39	39
			Formular y ejecutar el Plan Institucional de Capacitación, según la competencia de los participantes	RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/03/05	2018/12/30	Formulando el Plan Institucional Capacitación de acuerdo a la metodología adoptada por el Hospital a más tardar el mes de marzo de 2018 y desarrollando las capacitaciones según programado.	1	42.86	1.00	100%	43	43	43
			Ajustar el Manual de Planeación del Talento Humano según cambios normativos y procedimentales	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/04/02	2018/05/30	Documentando ajustes en el Manual según cambios generados posterior a la expedición de la versión vigente.	1	8.29	1.00	100%	8	8	8
			Desarrollar las responsabilidades asignadas en el marco del proceso de evaluación de desempeño laboral adoptado por el Hospital	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2018/02/01	2018/12/31	Ejecutando las obligaciones como Oficina de Talento Humano establecidas en el Acuerdo 565 de 2016 y normatividad interna. (presentar informe consolidado de resultados, orientar sobre el sistema tipo de evaluación de desempeño en la concertación de compromisos e informe parcial)	1	47.57	1.00	100%	48	48	48
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Establecer y desarrollar el Programa de Bienestar e incentivos de la vigencia	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/03/05	2018/12/30	Programando y ejecutando actividades recreativas, deportivas, lúdicas, educación formal, salud, vivienda. Además realizando una evaluación final del Programa en relación a las necesidades identificadas.	2	42.86	2.00	100%	43	43	43
			Medir el clima organizacional del HEGI y analizar los resultados	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/09/01	2018/10/31	Aplicando encuesta, desarrollando reuniones con grupos de trabajo donde se analicen los resultados.	1	8.57	1.00	100%	9	9	9
			Establecer la cultura organizacional deseada, y emprender acciones para alcanzarla	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Gina Parra)	2018/04/02	2018/08/30	Definiendo la cultura organizacional actual según ultima medición de clima, estableciendo la cultura organizacional deseada, identificando brechas y tomando acciones para alcanzarla.	1	21.43	1.00	100%	21	21	21

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISO Y VALIDO	Yasmith de los Rios	Gerente	2015/01/29
APROBO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	CAMBIO	VERSION
/ /2012	Se crea formato	1
/ /2014	Se ajusta formato	2
2015/01/29	Se ajusta formato, se aplica nuevo mecanismo de codificación y se aprueba dentro del Sistema de Gestión de Calidad	3

TOTALES	648.00	51.47	16.47	633.77	633.77	648.00
---------	--------	-------	-------	--------	--------	--------

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	2	18	0
IMPLEMENTADO (70%)	0	4	0	0
DESARROLLADO (40%)	9	8	1	0
DISEÑADO (10%)	1	2	0	0
NO HA INICIADO (0%)	8	3	0	0
TOTAL ACCIONES	19	19	19	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	5%	11%	95%	#DIV/0!
IMPLEMENTADO	0%	21%	0%	#DIV/0!
DESARROLLADO	47%	42%	5%	#DIV/0!
DISEÑADO	5%	11%	0%	#DIV/0!
NO HA INICIADO	42%	16%	0%	#DIV/0!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	648
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	648
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVP/BEAC	97.80%
Avance del plan de mejoramiento	AP= Pomi/PBEA	97.80%

Área	A 30/06/2018		A 30/09/2018		A 31/12/2018	
	% Cumplimiento	% Avance	% Cumplimiento	% Avance	% Cumplimiento	% Avance
Gerencia	100.00%	40.81%	100.00%	59.56%	100.00%	100.00%
Planeación y Calidad	0.00%	41.28%	62.93%	64.04%	97.12%	97.12%
Control Interno	0.00%	33.42%	50.00%	56.83%	100.00%	100.00%
Ambulatorios	50.00%	46.92%	83.33%	63.94%	88.80%	88.80%
Hospitalización	47.05%	47.05%	83.33%	59.91%	94.61%	94.61%
Rehabilitación	53.73%	59.18%	100.00%	65.76%	91.57%	91.57%
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	53.73%	53.73%	0.00%	55.47%	90.45%	90.45%
Informática y Comunicaciones	0.00%	27.95%	0.00%	54.55%	69.62%	69.62%
Recursos Financieros	0.00%	31.92%	55.66%	54.05%	90.12%	90.12%
Recursos Físicos	100.00%	40.25%	100.00%	46.98%	90.08%	90.08%
Talento Humano y Contratación	0.00%	38.96%	23.26%	68.23%	97.80%	97.80%
Promedio % Avance		41.95%		59.03%		91.83%