



VIGENCIA: 2019
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								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad =>0.90 en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Monitorear el cumplimiento del Plan de Mejoramiento de Estándares de Acreditación, a través de reuniones de comité interno.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/04/01	2019/12/20	Analizando en reunión de comité interno, el resultado del seguimiento de planes de mejoramiento de estándares de acreditación, con el fin de tomar decisiones al respecto.	1	37.57	1.00	100%	38	38	38
			Monitorear el cumplimiento criterios de habilitación a través del seguimiento del respectivo Plan de Mejoramiento.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/04/01	2019/12/20	Analizando en reunión de comité interno, el resultado del seguimiento de planes de mejoramiento de criterios de habilitación derivados de auditorías internas y externas.	1	37.57	1.00	100%	38	38	38
Desarrollar actividades de promoción y prevención en las áreas con mayor impacto en salud mental.	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(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 y las actividades a desarrollar.	GERENCIA	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/04/01	2019/11/30	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 autorizar conjuntamente con coordinación asistencial, los encuentros y actividades académicas a desarrollar en la vigencia	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/01/02	2019/12/30	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos y demás actividades académicas.	2	51.71	2.00	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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)	2019/03/01	2019/12/30	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 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% frente a la línea base (año 2016).	(Número total de accidentes de trabajo en el período/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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
0	Alcanzar la meta de rotación de cartera definida en cada vigencia (247 días en el año 2019)		Monitorear de forma permanente la gestión de la cartera y analizar bimestralmente en reunión de comité interno, la gestión y el estado de la cartera para la toma de acciones pertinentes.	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/04/11	2019/12/30	Desarrollando reunión cada 2 meses en comité interno a partir de mayo, donde se analice el resultado de la gestión de la cartera y se tomen decisiones al respecto (mayo, julio, septiembre, noviembre).	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)	2019/04/11	2019/12/30	Revisando la facturación, analizando en comité interno el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto. (cada 2 meses: mayo, julio, septiembre, noviembre).	4	37.57	4.00	100%	38	38	38
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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)	2019/03/01	2019/12/30	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	GERENCIA	GERENTE (Claudia Amparo Medina Salazar)	2019/02/01	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas.	1	47.43	100.00	100%	47	47	47
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 reinducción 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)	2019/02/01	2019/12/31	Ejecutando las obligaciones como Jefe de la Entidad o Nominador en relación al proceso de evaluación de desempeño. (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	2019/01/02	2019/12/31	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)	2019/01/02	2019/12/31	Destinando dentro de presupuesto recursos para promover el compromiso institucional.	1	51.86	1.00	100%	52	52	52
TOTALES										656.14	126.00	15.00	656.14	656.14	656.14

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	2	2	15
IMPLEMENTADO (70%)	1	1	8	0
DESARROLLADO (40%)	0	3	4	0
DISEÑADO (10%)	6	9	1	0
NO HA INICIADO (0%)	7	0	0	0
TOTAL ACCIONES	15	15	15	15

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	7%	13%	13%	100%
IMPLEMENTADO	7%	7%	53%	0%
DESARROLLADO	0%	20%	27%	0%
DISEÑADO	40%	60%	7%	0%
NO HA INICIADO	47%	0%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	656
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	656
Cumplimiento del plan	CPM = POMMvi/PBEC	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	100.00%

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



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: 2019
ÁREA: PLANEACIÓN Y CALIDAD

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 (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO								
				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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	Numero de requisitos de la ISO 9001:2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Establecer y liderar plan de trabajo de implementación de la norma ISO 9001:2015 como fase 3	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2019/04/01	2019/12/30	Definiendo y liderando la ejecución del plan de trabajo sobre los requisitos de la NTC 9001:2015 que no se consideraron cumplidos según resultado de la auditoria realizada en el 2018 y conforme al plan de mejoramiento respecto de la misma.	2	39.00	1.89	95%	37	37	39	
			Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	Personal del Área	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.88	88%	30	30	35	
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad ≥ 0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento de estándares de acreditación y socializar el resultado	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Adriana Rojas)	2019/04/01	2019/11/30	Realizando seguimiento trimestral (con corte a marzo, junio, septiembre) y determinando porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento establecido para cumplir los estándares de acreditación priorizados para la vigencia 2019. Asimismo, socializando el resultado a los líderes de los procesos y ante el comité de calidad para tomar acciones al respecto.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35	
			Desarrollar auditorias respecto a los criterios de habilitación, según programa de auditorias de la vigencia	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/04/01	2019/10/30	Desarrollando las auditorias según programa de la vigencia: LABORATORIO CLÍNICO (Especializado y HRSE): Mayo y Julio de 2019 SERVICIO DE ALIMENTACIÓN: Abril/2019 SERVICIO DE ASEO Y LAVANDERIA: Agosto/2019 SERVICIO DE VIGILANCIA: Septiembre/2019 ESTERILIZACIÓN Y MORGUE: Agosto/2019 SERVICIO FARMACÉUTICO: Septiembre/2019	7	30.29	7.00	100%	30	30	30	
			Atender auditorias externas de las EPS en relación a la verificación de criterios de habilitación	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2019/02/01	2019/12/30	Atendiendo las visitas de auditorias programadas con la EPS, acompañando al recorrido y suministrando la información requerida.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
			Seguimiento a los planes de mejoramientos establecidos respecto a los criterios de habilitación	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2019/04/01	2019/11/30	Realizar seguimiento trimestral (con corte a marzo, junio, septiembre) a la formulación y cumplimiento de planes de mejoramiento definidos como resultado de las auditorias internas y externas sobre criterios de habilitación	3	34.71	3.00	100%	35	35	35	
			Realizar verificación In situ del cumplimiento de criterios de habilitación	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2019/05/01	2019/11/30	realizando visita periódica (programada) a los servicios y verificando el cumplimiento de los criterios de habilitación, además constatando las mejoras producto de planes de mejoramiento.	2	30.43	2.00	100%	30	30	30	
			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)	2019/01/15	2019/12/31	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2018.	1	50.00	1.00	100%	50	50	50	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	Evaluar el cumplimiento del programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Adriana Rojas)	2019/04/01	2019/11/30	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	

			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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 2019	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2019/05/01	2019/12/20	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 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% 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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
			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)	2019/04/01	2019/11/30	Evaluando trimestralmente el cumplimiento del programa y la ejecución de las actividades planteadas para la vigencia 2019.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35
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)	Evaluar el cumplimiento del plan de Austeridad de la vigencia 2019	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2019/05/01	2019/12/20	Verificando el cumplimiento del Plan de Austeridad y generando informes con corte a marzo, junio, septiembre	3	33.29	3.00	100%	33	33	33
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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	Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecida en los mapas de riesgos	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2019/05/01	2019/12/20	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos.	1	33.29	1.00	100%	33	33	33
			Aplicar metodología de administración de riesgos	OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones	En el 2019 obtener un 76% 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)	2019/05/01	2019/06/30	Liderando la formulación de la política, sometiéndola a aprobación y divulgando la versión definitiva	2	8.57	0.00	0%	0	0	9
			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)	2019/04/01	2019/12/30	Desarrollando las actividades asignadas al área y realizando seguimiento cuatrimestral al cumplimiento del Plan	15	39.00	13.05	87%	34	34	39
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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)	Definir y desarrollar programa humanización en el hospital, de acuerdo a cronograma de actividades	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN	2019/04/02	2019/12/31	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)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
			Medir percepción de humanización de pacientes familia y colaboradores y analizar resultados	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN	2019/10/01	2019/11/30	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)	2019/05/01	2019/11/30	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	2019/01/03	2019/12/30	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	51.57	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)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	51.71	5.00	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	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)	2019/04/02	2019/11/30	Verificando trimestralmente el cumplimiento de los planes operativos de las áreas (3 informes con corte a: marzo, junio y septiembre).	3	34.57	3.00	100%	35	35	35
TOTALES									928.00	69.82	23.69	907.95	907.95	928.00	

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	0	0	4
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	2	2
DESARROLLADO (40%)	1	6	2	0
DISEÑADO (10%)	12	15	0	0
NO HA INICIADO (0%)	11	3	0	0
TOTAL ACCIONES	25	24	4	6

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	4%	0%	0%	67%
IMPLEMENTADO	0%	0%	50%	33%
DESARROLLADO	4%	25%	50%	0%
DISEÑADO	48%	63%	0%	0%
NO HA INICIADO	44%	13%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	928
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	928
Cumplimiento del plan	CPM = POMVI/PBEC	97.84%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	97.84%

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



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: 2019
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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019 mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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	CONTROL INTERNO	Personal del Área	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.80	80%	28	28	35
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Generar informe sobre el cumplimiento del plan de mantenimiento de la vigencia	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/05/01	2019/12/20	Analizando el seguimiento del cumplimiento del Plan de Mantenimiento efectuado por la oficina de Planeación y generando informe con corte a junio y septiembre de 2019	2	33.29	2.00	100%	33	33	33
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
			Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecidas, a través de auditorias y seguimiento a mapas de riesgos	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/05/01	2019/12/30	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos a través de seguimientos; además, realizando auditorias basadas en riesgos donde se verifique la mitigación de los mismos.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35
Mejorar la recuperación de la cartera	Alcanzar la meta de rotación de cartera definida en cada vigencia (247 días en el año 2019)		Evaluar el proceso de facturación, cartera y glosas a través de auditoria interna	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/08/01	2019/09/30	Verificando a través de la auditoría al proceso de Gestión Financiera, el cumplimiento de las políticas y procedimiento, efectividad de los controles y gestión.	1	8.57	1.00	100%	9	9	9
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)	2019/02/01	2019/02/28	Verificando y rindiendo informe de control interno contable anual a través del aplicativo Chip Local de la Contaduría General de la Nación.	1	3.86	1.00	100%	4	4	4
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)	2019/04/01	2019/12/30	Verificando cumplimiento de lineamientos y generando Informe trimestral de Austeridad en el Gasto Público del Hospital Especializado Granja Integral, con corte a: marzo, junio y septiembre	3	39.00	3.00	100%	39	39	39

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
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) x 100	Realizar seguimiento a la gestión de las PQRSF interpuestas al Hospital	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/01/02	2019/09/30	Verificando el cumplimiento del procedimiento de PQRSF y la efectividad de la respuestas de las mismas, según términos de Ley, con corte a: diciembre/2018 y junio/2019	2	38.71	2.00	100%	39	39	39
TOTALES										356.43	18.00	10.00	356.43	356.43	356.43

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	2	3	11
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	2	1
DESARROLLADO (40%)	1	3	2	0
DISEÑADO (10%)	3	4	1	0
NO HA INICIADO (0%)	7	3	0	0
TOTAL ACCIONES	12	12	8	12

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	8%	17%	38%	92%
IMPLEMENTADO	0%	0%	25%	8%
DESARROLLADO	8%	25%	25%	0%
DISEÑADO	25%	33%	13%	0%
NO HA INICIADO	58%	25%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	356
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	356
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	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



VIGENCIA: 2019

ÁREA: AMBULATORIOS

ESTRATEGIA	META	QUÉ (ACTIVIDADES)	FORMULACIÓN				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 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								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.95	95%	33	33	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad =>0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 11	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	2019/04/01	2019/11/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: * Socializar y actualizar manual del usuario y de referencia y contrarreferencia. * Ejecutar planes mejora frente a auditorias internas y externas.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35
		Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorias internas y externas de habilitación	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	2019/02/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación.	1	47.43	1.00	100%	47	47
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	Determinar los grupos sociales a intervenir en la vigencia y las actividades de intervención.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/20	Identificando conjuntamente la población objeto para intervenir según casos de interés mas significativos, definiendo la forma de intervención.	1	46.00	1.00	100%	46	46	46
		Desarrollar actividades de intervención a grupos sociales definidos.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/02/01	2019/12/20	Organizando y ejecutando actividades de intervención de acuerdo a lo definido y analizando el impacto de la actividad desarrollada.	1	46.00	1.00	100%	46	46	46
Brindar atención en la modalidad de interconsulta de psiquiatría a pacientes comentados por medio del sistema de referencia y que cumplan los criterios para dicho procedimiento.	Atender el 100% de las interconsultas admisionadas	Realizar las interconsultas admisionadas	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/01/02	2019/12/30	brindando atención en la modalidad de interconsultas a pacientes que fueron comentados y cumplen con los criterios dicho procedimiento.	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
Generar conocimiento en salud mental.	Desarrollar dos encuentros académicos en el año y actividades académicas con las universidades, según convenios suscritos.	Planificar y realizar encuentros académicos	SERVICIOS AMBULATORIOS	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/03/01	2019/11/30	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos.	2	39.14	2.00	100%	39	39	39
		Desarrollar las actividades académicas (visitas, prácticas) concertadas con el HEGI	COMITÉ DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/01/02	2019/12/30	analizando y viabilizando las solicitudes, y atendiendo y desarrollando las actividades académicas concertada (fecha, lugar, personal a participar según perfil de estudiantes).	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% en la percepción de seguridad.	Analizar hallazgos (eventos) en comité de seguridad del paciente, e identificar oportunidades de mejora	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/02/01	2019/12/30	Identificando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoria concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo de estudiantes.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
		Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% frente a la línea base (año 2016).	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47

Objetivo	Indicador	Descripción	Servicio	Cargos	Inicio	Fin	Descripción de Actividades	Cant. Acciones	Valor	Costo	% Cumplimiento	Acciones Cumplidas	Acciones Pendientes	Acciones Pendientes
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	Aplicar metodología de administración de riesgos	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	En el 2019 obtener un 76% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del MIPG "Información y Comunicación", según preguntas FURAG	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 Carolina Chacón)	2019/04/01	2019/12/30	Desarrollando las actividades asignadas	13	39.00	0.58	4%	2	2	39
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área.	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
		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	2019/01/02	2019/12/30	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.	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
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.	Ajustar mecanismo medición de la satisfacción de los usuarios en el servicio de consulta externa.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2019/04/30	2019/04/30	Ajustando la encuesta	12	0.00	12.00	100.0%	0	0	0
		Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2019/01/02	2019/12/31	Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción	12	51.86	12.00	100%	52	52	52
TOTALES								787.14	68.53	16.99	748.15	748.15	787.14	

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	4	5	7	16
IMPLEMENTADO (70%)	0	2	7	1
DESARROLLADO (40%)	1	7	0	0
DISEÑADO (10%)	9	4	2	0
NO HA INICIADO (0%)	4	0	0	0
TOTAL ACCIONES	18	18	16	17

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	22%	28%	44%	94%
IMPLEMENTADO	0%	11%	44%	6%
DESARROLLADO	6%	39%	0%	0%
DISEÑADO	50%	22%	13%	0%
NO HA INICIADO	22%	0%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	787
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	787
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	95.05%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	95.05%

APROBACIÓN	NOMBRE	CARGO	FECHA
ELABORO	Mélida Rios	Profesional Gestión de Calidad	2015/01/29
REVISÓ Y VALIDÓ	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 de	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: 2019
ÁREA: HOSPITALIZACIÓN

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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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 de Hospitalización	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.87	87%	30	30	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad \Rightarrow 0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 11	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2019/04/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: * Desarrollar auditorias según plan anual de auditorias. * Ejecutar planes mejora frente a auditorias internas y externas. * Desarrollar las guías de medicina 5 primeras causas.	6	39.00	6.00	100%	39	39	39
	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas	Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorias internas y externas de habilitación	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2019/02/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover la salud mental en los pacientes hospitalizados	El 100% de las historias clínicas auditadas cuentan con registro de educación a pacientes o familia sobre la salud mental.	Número de historia clínica con registros de educación sobre la salud mental / Número de historias clínicas auditadas	Aplicar componente de educación para la salud mental, registrando en las historias clínicas de los pacientes, la actividad de educación brindada.	HOSPITALIZACIÓN	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/01/02	2019/12/30	Brindando educación sobre el manejo y cuidado de la enfermedad a pacientes hospitalizados y realizando el respectivo registro en la historia clínica.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Brindar atención en la modalidad de interconsulta de psiquiatría a pacientes comentados por medio del sistema de referencia y que cumplan los criterios para dicho procedimiento.	Atender el 100% de las interconsultas admisionadas	Número de interconsultas realizadas/ Número de interconsultas admisionadas	Atender en la modalidad de interconsulta de psiquiatría a pacientes comentados por medio del sistema de referencia.	HOSPITALIZACIÓN	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/01/02	2019/12/31		1	51.86	1.00	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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) en comité de seguridad del paciente, e identificar oportunidades de mejora	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/02/01	2019/12/30	Retroalimentando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoria concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo interdisciplinario.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% 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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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 (Dr. Ernesto Castillo)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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 (Dr. Ernesto Castillo)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas)	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Desarrollar procesos de auditorías concurrentes con equipo interdisciplinario.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2019/05/01	2019/11/30	Fortalecimiento de los procesos de auditoría, contruidos 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 (Dr. Ernesto Castillo)	2019/04/30	2019/12/30	Ajustando la encuesta que mide la satisfacción en el servicio de hospitalización	12	34.86	12.00	100%	35	35	35
			Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo)	2019/01/02	2019/12/30	Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción	12	51.71	12.00	100%	52	52	52
TOTALES										634.86	44.87	13.87	630.34	630.34	634.86

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	2	2	3	13
IMPLEMENTADO (70%)	0	2	7	1
DESARROLLADO (40%)	0	7	3	0
DISEÑADO (10%)	7	2	1	0
NO HA INICIADO (0%)	5	1	0	0
TOTAL ACCIONES	14	14	14	14

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	14%	14%	21%	93%
IMPLEMENTADO	0%	14%	50%	7%
DESARROLLADO	0%	50%	21%	0%
DISEÑADO	50%	14%	7%	0%
NO HA INICIADO	36%	7%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	635
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	635
Cumplimiento del plan	CPM =	99.29%
	POMMvi/PBEC	
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	99.29%

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



VIGENCIA: 2019
ÁREA: REHABILITACIÓN

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	FORMULACIÓN					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
			QUÉ (ACTIVIDADES)	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.	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	2019/04/01	2019/11/30	Analizando todos los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo del proyecto productivo, definiendo plan de implementación	1	34.71	1	100%	35	35	35
			Implementar proyecto de laborterapia para el fortalecimiento del programa de rehabilitación	REHABILITACIÓN	TERAPIA OCUPACIONAL Dra. Edna Solórzano	2019/04/01	2019/12/30	Desarrollando las actividades de acuerdo a la formulación del proyecto definido por el comité de granja	1	39.00	1	100%	39	39	39
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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 de rehabilitación	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	1	100%	35	35	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorías internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorías internas y externas	Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorías internas y externas de habilitación	REHABILITACIÓN	JEFE JOSE CORREAL	2019/02/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorías internas y externas sobre habilitación.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover la salud mental en los pacientes hospitalizados	El 100% de las historias clínicas auditadas cuenten con registro de educación a pacientes o familia sobre la salud mental.	Número de historia clínica con registros de educación sobre la salud mental / Número de historias clínicas auditadas	Aplicar componente de educación para la salud mental, registrando en las historias clínicas de los pacientes, la actividad de educación brindada.	HOSPITALIZACIÓN	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2018/01/02	2018/12/30	Brindando educación sobre el manejo y cuidado de la enfermedad a pacientes hospitalizados y realizando el respectivo registro en la historia clínica.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	0	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Analizar hallazgos (eventos) en comité de seguridad del paciente, e identificar oportunidades de mejora	HOSPITALIZACIÓN	JEFE JOSE CORREAL	2019/02/01	2019/12/30	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	47.43	1.00	100%	47	47	47
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% 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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	REHABILITACIÓN	JEFE JOSE CORREAL	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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	JEFE JOSE CORREAL	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52

Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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	JEFE JOSE CORREAL	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	JEFE JOSE CORREAL	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorias internas/externas.)	1	51.71	1	100%	52	52	52
TOTALES										500.71	15.00	11.00	500.71	500.71	500.71

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	27%	27%	45%	100%
IMPLEMENTADO	0%	9%	36%	0%
DESARROLLADO	0%	36%	9%	0%
DISEÑADO	36%	27%	9%	0%
NO HA INICIADO	36%	0%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	501
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	501
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	100.00%

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



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: 2019
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)	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	CÓMO								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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 de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35	
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad =>0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 11	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	QUÍMICO FARMACEÚTICO	2019/04/01	2019/11/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: * Planes farmacológicos por patologia (psiquiatria y medicina general) * Implementar guía de uso racional de antibióticos. * Realizar asesorías farmacológicas. * Ejecutar planes mejora frente a auditorias internas y externas.	3	34.71	3.00	100%	35	35	35	
	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas	Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorias internas y externas de habilitación	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	QUÍMICO FARMACEÚTICO	2019/02/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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) en comité de seguridad del paciente, e identificar oportunidades de mejora	HOSPITALIZACIÓN	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	Retroalimentando al equipo interdisciplinario los hallazgos de auditoria concurrente (eventos) y resultado del análisis del comité de seguridad del paciente para identificar oportunidades de mejora con el equipo interdisciplinario.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% 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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Jefe Jose Correal	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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	Jefe Jose Correal	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52	
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47	
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	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorias internas/externas)	1	51.71	1.00	100%	52	52	52	
TOTALES										410.00	15.00	9.00	410.00	410.00	410.00	

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%)	1	2	4	8
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	3	0
DESARROLLADO (40%)	0	2	0	0
DISEÑADO (10%)	4	5	1	0
NO HA INICIADO (0%)	4	0	0	0
TOTAL ACCIONES	9	9	8	8

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	11%	22%	50%	100%
IMPLEMENTADO	0%	0%	38%	0%
DESARROLLADO	0%	22%	0%	0%
DISEÑADO	44%	56%	13%	0%
NO HA INICIADO	44%	0%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	410
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	410
Cumplimiento del plan	CPM =	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	100.00%



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: 2019
ÁREA: INFORMÁTICA Y COMUNICACIÓN

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								
				FORMULACIÓN											
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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)	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para dar cumplimiento a los requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.64	64%	22	22	35
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(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	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	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	47.43	4.00	80%	38	38	47
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)	Documentar el Manual y matriz de comunicaciones.	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones Planeación y Calidad	2019/06/01	2019/06/30	Diseñando y aprobando por Calidad Plan y matriz de comunicaciones; socializando por áreas, y desarrollando estrategias de uso.	2	4.14	0.00	0%	0	0	4
			Definir y adoptar Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones Planeación y Calidad	2019/06/01	2019/07/30	Definiendo, adoptando, capacitando y promoviendo la política de transparencia y acceso a la información	1	8.43	0.00	0%	0	0	8
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	En el 2019 obtener un 76% 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)	Formular el Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI)	GESTIÓN Tics	Sistemas y Comunicaciones (Ing. Martha Peña; Ing. Oscar Palacios)	2019/05/01	2019/09/30	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)	2019/04/01	2019/09/30	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
			Realizar Diagnóstico 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)	2019/02/20	2019/12/30	Realizando diagnóstico y Definiendo a más tardar el 30/04/19, 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	1.50	75%	34	34	45

			Revisar y actualizar documentos del proceso de Gestión Documental	GESTIÓN Tics	Líder Área Sistemas y Gestión Documental (Ing. Martha Peña)	2019/05/01	2019/11/30	Revisando y ajustando el proceso, procedimientos y formatos (recepción, transferencias de archivos,	1	30.43	0.50	50%	15	15	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)	2019/04/01	2019/12/30	Desarrollando las actividades asignadas	14	39.00	8.68	62%	24	24	39
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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 TICS	Personal del Área	2019/03/01	2019/12/30	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	2019/03/01	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorias internas y externas.	1	43.43	0.00	0%	0	0	43
TOTALES										248.71	11.68	2.87	116.36	116.36	248.71

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	0	0	1
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	0	1
DESARROLLADO (40%)	0	1	2	2
DISEÑADO (10%)	4	7	2	0
NO HA INICIADO (0%)	9	5	3	3
TOTAL ACCIONES	13	13	7	7

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	0%	14%
IMPLEMENTADO	0%	0%	0%	14%
DESARROLLADO	0%	8%	29%	29%
DISEÑADO	31%	54%	29%	0%
NO HA INICIADO	69%	38%	43%	43%

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	249
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	249
Cumplimiento del plan	CPM =	46.78%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	46.78%



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: 2019
ÁREA: RECURSOS FINANCIEROS

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)	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	CÓMO								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	2019/03/01	2019/12/30	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.	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA (Cristina Rodríguez)	2019/03/01	2019/12/30	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	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(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	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/03/01	2019/12/30	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 (247 días en el año 2019)		Documentar manual de cartera y procedimiento de glosas y devoluciones	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Johan Aldana)	2019/03/01	2019/06/30	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	17.29	1.00	100%	17	17	17	
			Identificar y depurar de la cartera, las glosas y devoluciones.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS	2019/03/01	2019/12/30	Ejecutando la programación de conciliación de la cartera según agenda y ejecutando los cobros según el reglamento.	10	43.43	10.00	100%	43	43	43	
			Reportar mensualmente informe sobre la gestión de la cartera, glosas y devoluciones y analizar trimestralmente el estado de la misma para la toma de decisiones.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA (Esperanza del Rio) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Johan Aldana)	2019/04/11	2019/12/30	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) con corte a marzo a diciembre y desarrollando reunión cada 3 meses en comité interno a partir a marzo, junio y septiembre, donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto	12	37.57	12.00	100%	38	38	38	
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	Actualizar las políticas de operación en el proceso contable relacionada con la divulgación de estados financieros	FINANCIERA	CONTADOR	2019/04/11	2019/09/30	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	24.57	1.00	100%	25	25	25	
			Generar y publicar mensualmente los estados contables, de acuerdo a la normatividad vigente	FINANCIERA	CONTADOR	2019/02/01	2019/12/31	Ejecutando el proceso contables de acuerdo a las políticas contables y de operación definidas.	11	47.57	11.00	100%	48	48	48	
			analizar trimestralmente el estado de la misma para la toma de decisiones.	FINANCIERA	PERSONAL DE APOYO FACURACIÓN (Margarita Bonilla) AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS (Johan Aldana)	2019/04/11	2019/12/30	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) para la gerencia a partir del mes de mayo y desarrollando reunión cada 3 meses en comité interno a partir a marzo, junio y septiembre, donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto.	12	37.57	12.00	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)	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)	2019/04/11	2019/12/30	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 3 meses en comité interno a partir a marzo, junio y septiembre, donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto.	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 (Johan Aldana)	2019/04/11	2019/12/30	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 3 meses en comité interno a partir a marzo, junio y septiembre, donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto.	12	37.57	12.00	100%	38	38	38
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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)	2019/03/01	2019/12/30	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)	2019/03/01	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas.	1	43.43	1.00	100%	43	43	43
TOTALES										535.00	73.00	10.00	535.00	535.00	535.00

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	0	1	14
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	8	0
DESARROLLADO (40%)	1	5	5	0
DISEÑADO (10%)	6	8	0	0
NO HA INICIADO (0%)	7	1	0	0
TOTAL ACCIONES	14	14	14	14

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	7%	100%
IMPLEMENTADO	0%	0%	57%	0%
DESARROLLADO	7%	36%	36%	0%
DISEÑADO	43%	57%	0%	0%
NO HA INICIADO	50%	7%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	535
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	535
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	100.00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	100.00%

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



VIGENCIA: 2019
ÁREA: RECURSOS FÍSICOS

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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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 DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.96	96%	33	33	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad =>0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 11	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/04/01	2019/11/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: 120: manejo seguro del ambiente físico 121: identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental 123: procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo 124: procesos para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten) 128: proceso para planificar y ejecutar readecuaciones en la institución.	5	34.71	5.00	100%	35	35	35
			Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorias internas y externas de habilitación	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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 2019	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/01/02	2019/02/28	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	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/01/02	2019/12/31	Desarrollando las actividades de acuerdo a lo programado Y realizando seguimiento periódico sobre su cumplimiento.	100	51.86	79.36	79%	41	41	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2019, disminuir el índice de frecuencia de accidentalidad global en un 10% 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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	PERSONAL DEL ÁREA	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
	Lograr un promedio de 80% de	(Porcentaje promedio de	Desarrollar campaña de ahorro y uso eficiente de agua y energía y realizar seguimiento de su consumo	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/03/22	2019/12/31	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	40.57	2.00	100%	41	41	41
			Desarrollara campañas de reciclaje	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/03/22	2019/12/30	Desarrollar campañas de reciclaje para realizar actividades de Bienestar	2	40.43	2.00	100%	40	40	40

Promover el compromiso ambiental en el HEGI	cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental	cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental)	Aplicar control de consumo de combustible y llevar registro del mismo.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/03/22	2019/12/31	Realizando control de los viajes y en el suministro de combustible, así como el seguimiento de su consumo. (registro consumo combustible)	1	40.57	1.00	100%	41	41	41
			Desarrollar campaña de cero papel y uso de fotocopiadoras e impresoras, y realizar seguimiento de consumo de papel (resma)	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/01/02	2019/12/31	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	100%	52	52	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5	100%	52	52	52
Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital	Al cierre de 2019, obtener el 85% 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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas.)	1	51.71	1	100%	52	52	52
TOTALES										596.00	103.32	13.75	583.86	583.86	596.00

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	1	1	1	12
IMPLEMENTADO (70%)	1	1	2	2
DESARROLLADO (40%)	2	4	3	0
DISEÑADO (10%)	5	5	0	0
NO HA INICIADO (0%)	5	3	0	0
TOTAL ACCIONES	14	14	6	14

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	7%	7%	17%	86%
IMPLEMENTADO	7%	7%	33%	14%
DESARROLLADO	14%	29%	50%	0%
DISEÑADO	36%	36%	0%	0%
NO HA INICIADO	36%	21%	0%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	596
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	596
Cumplimiento del plan	CPM = POMMI/PBEC	97.96%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	97.96%

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



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

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2019
ÁREA: TALENTO HUMANO

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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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)	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	1.00	100%	35	35	35
Implementar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Obtener una efectividad =>0.90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 11	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/04/01	2019/11/30	Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: 105: Asignación de reemplazos 108: seguimiento PIC 109: evaluación de desempeño 110: Evaluar adherencia al programa de inducción, reinducción y capacitación. 111: desarrollar y evaluar una estrategia de comunicación efectiva 112: analizar, promover y gerenciar la transformación cultural	6	34.71	6.00	100%	35	35	35
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Definir y desarrollar Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) establecido en la vigencia. Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	RECURSOS HUMANOS	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar)	2019/02/01	2019/12/30	Aprobando y desarrollando el plan operativo anual de SST de la vigencia.	2	47.43	2.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
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 actividades a cargo del Hospital sobre la implementación de SIGEP.	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/01/02	2019/12/30	Ejecutar actividades a cargo del Hospital sobre la implementación de SIGEP, según plan de trabajo establecido por Función Pública a nivel territorial. En relación a los servidores públicos de planta.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Elaborar y Gestionar el Plan Anual de Vacantes	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/01/02	2019/12/30	Formulando el Plan de acuerdo a lineamientos normativos	1	51.71	0.50	50%	26	26	52
			Definir, documentar, medir y analizar indicadores del Proceso de Gestión de Talento Humano	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/05/02	2019/12/30	indicadores claves como rotación de personal (relación entre ingresos y retiros), movilidad del personal (encargos, comisiones de servicio, de estudio, reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas), ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), pre pensionados, cargas de trabajo por empleo y por dependencia, personal afrodescendiente y LGBTI, retiro (causales)	3	34.57	3.00	100%	35	35	35
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)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47

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)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorias internas y externas.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
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)	Aplicar mecanismo de inducción y reintroducción	RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Alejandra Sánchez)	2019/01/02	2019/12/30	Realizar inducción al personal nuevo	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Formular y ejecutar el Plan Institucional de Capacitación, de acuerdo a la metodología adoptada, según MIPG	RECURSOS HUMANOS	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Alejandra Sánchez)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Ajustar el Manual de Planeación del Talento Humano según cambios normativos y procedimentales	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/07/01	2019/08/30	Documentando ajustes en el Manual según cambios generados posterior a la expedición de la versión vigente y de acuerdo a las exigencias de MIPG	1	8.57	1.00	100%	9	9	9
			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)	2019/02/01	2019/12/31	Ejecutando las obligaciones como Oficina de Talento Humano establecidas en el Acuerdo 6176 de 2018 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
			Divulgar los programas definidos por Función pública	RECURSOS HUMANOS	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/02/01	2019/12/31	Programas: estado joven, servimos en la entidad, teletrabajo, horarios flexibles, bilingüismo	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, de acuerdo a la metodología adoptada, según MIPG	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Alejandra Sánchez)	2019/02/01	2019/12/30	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	47.43	2.00	100%	47	47	47
			Medir el clima organizacional del HEGI y analizar los resultados	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Alejandra Sánchez)	2019/09/01	2019/10/31	Aplicando encuesta, desarrollando reuniones con grupos de trabajo donde se analicen los resultados.	1	8.57	1.00	100%	9	9	9
			Realizar despliegue a todo el personal sobre el código de integridad y determinar al final de la vigencia el grado de aplicación.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PSICOLOGA ORGANIZACIONAL (Alejandra Sánchez)	2019/05/01	2019/12/30	Socializando el código de integridad y desarrollando actividades para su interiorización según estrategia establecida; además, definiendo mecanismo de medición del grado de aplicación y determinando su implementación.	2	34.71	2.00	100%	35	35	35
TOTALES										681.57	24.50	15.50	655.71	655.71	681.57

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	2	1	1	18
IMPLEMENTADO (70%)	1	3	9	0
DESARROLLADO (40%)	2	3	7	1
DISEÑADO (10%)	6	6	0	0
NO HA INICIADO (0%)	8	6	2	0
TOTAL ACCIONES	19	19	19	19

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	11%	5%	5%	95%
IMPLEMENTADO	5%	16%	47%	0%
DESARROLLADO	11%	16%	37%	5%
DISEÑADO	32%	32%	0%	0%
NO HA INICIADO	42%	32%	11%	0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	682
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	682
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	96.21%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POM/PBEA	96.21%

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



VIGENCIA: 2019
ÁREA: CONTRATACIÓN

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	Cumplir al finalizar la vigencia 2019, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital.	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	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/04/01	2019/11/30	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma, programados dentro del fase 3 de implementación.	1	34.71	0.75	75%	26	26	35
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2019 una calificación promedio igual o superior al 80% 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.	CONTRATACIÓN	Personal del Área	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando 100% los planes de mejoramiento.	(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, incluyendo la orientación y socialización de causas de accidentes laborales presentados.	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo la asistencia a las jornadas de orientación donde se tomen como referencia los casos de accidentes laborales presentados en el periodo, con el fin de prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2019, obtener un 70% 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	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/01/02	2019/12/30	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	51.71	5.00	100%	52	52	52
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 actividades a cargo del Hospital sobre la implementación de SIGEP; en relación a los contratistas	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/01/02	2019/12/30	Ejecutar actividades a cargo del Hospital sobre la implementación de SIGEP, según plan de trabajo establecido por Función Pública a nivel territorial. En relación a los contratistas	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Definir, documentar, medir y analizar indicadores del Proceso de Gestión Contractual	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/05/02	2019/12/30	Documentando las fichas técnicas de los indicadores claves del procesos y midiéndolos para su respectivo análisis.	3	34.57	3.00	100%	35	35	35
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.	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/02/01	2019/12/30	Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área.	1	47.43	1.00	100%	47	47	47
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	CONTRATACIÓN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS (Amira Lievano)	2019/01/02	2019/12/30	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por auditorías internas y externas.	1	51.71	0.00	0%	0	0	52
TOTALES										366.71	12.75	6.75	306.32	306.32	366.71

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	0	0	0	6
IMPLEMENTADO (70%)	0	0	3	1
DESARROLLADO (40%)	0	2	3	0
DISEÑADO (10%)	3	4	0	0
NO HA INICIADO (0%)	5	2	2	1
TOTAL ACCIONES	8	8	8	8

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	0%	75%

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

IMPLEMENTADO	0%	0%	38%	13%
DESARROLLADO	0%	25%	38%	0%
DISEÑADO	38%	50%	0%	0%
NO HA INICIADO	63%	25%	25%	13%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	367
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	367
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	83.53%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	83.53%

Área	A 31/12/2019	
	% Cumplimiento	% Avance
Gerencia	100.00%	100.00%
Planeación y Calidad	97.84%	97.84%
Control Interno	100.00%	100.00%
Ambulatorios	95.05%	95.05%
Hospitalización	99.29%	99.29%
Rehabilitación	100.00%	100.00%
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	100.00%	100.00%
Informática y Comunicaciones	46.78%	46.78%
Recursos Financieros	100.00%	100.00%
Recursos Físicos	97.96%	97.96%
Talento Humano	96.21%	96.21%
Contratación	83.53%	83.53%
Promedio % Avance		93.06%