



VIGENCIA: 2020
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 ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV) | 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 2020, 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 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 12. | 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 | 2020/04/01 | 2020/12/20 | 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 | 2020/04/01 | 2020/12/20 | 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 | GERENTE | 2020/04/01 | 2020/11/30 | 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos y demás actividades académicas. | 2 | 51.86 | 2.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se defina 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 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)*K (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | GERENCIA | GERENTE | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Mejorar la recuperación de la cartera | En cada vigencia la rotación sea igual o menor a 300 días | 360 (Ventas a crédito antes de periodo - glosas aceptadas antes del periodo)+ Ventas a crédito del periodo- glosas aceptadas del periodo)/2 (saldo cuentas por cobrar antes de periodo+ saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2-(depósitos sin identificar+giro directo) | Monitorear de forma permanente la gestión de la cartera y analizar en reunión de comité interno, la gestión y el estado de la cartera para la toma de acciones pertinentes. | GERENCIA | GERENTE | 2020/04/11 | 2020/12/30 | Desarrollando reunión trimestral en comité interno a partir de abril, donde se analice el resultado de la gestión de la cartera y se tomen decisiones al respecto. | 3 | 37.57 | 3.00 | 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 dicho resultado al igual que los motivos de glosas y el comportamiento de los gastos, y tomar decisiones al respecto. | GERENCIA | GERENTE | 2020/04/11 | 2020/12/30 | Revisando la facturación, analizando trimestralmente en comité interno el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto. | 3 | 37.57 | 3.00 | 100% | 38 | 38 | 38 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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) | Asegurar la asignación de los recursos para el fortalecimiento de las competencias del talento humano | COMITÉ DE ADQUISICIONES | INTEGRANTES DEL COMITÉ | 2020/01/02 | 2020/12/31 | Destinando dentro de presupuesto recursos para el fortalecimiento de las competencias. | 1 | 52.00 | 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 | 2020/01/02 | 2020/12/31 | Destinando dentro de presupuesto recursos para promover el compromiso institucional. | 1 | 52.00 | 1.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 609.43 | 24.00 | 14.00 | 609.43 | 609.43 | 609.43 |

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

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|------|
| MEJORADO | 7% | 14% | 21% | 100% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 7% | 29% | 0% |
| DESARROLLADO | 7% | 21% | 36% | 0% |
| DISEÑADO | 43% | 43% | 7% | 0% |
| NO HA INICIADO | 43% | 14% | 7% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|----------------------|---------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 609 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 609 |
| 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 |
| 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 |



VIGENCIA: 2020
ÁREA: PLANEACIÓN Y CALIDAD

| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | 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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| | | | 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 2020, 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 la ejecución del plan de trabajo vigencia 2020 sobre la aplicación de la norma ISO 9001:2015 | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/04/01 | 2020/12/30 | liderando y definiendo el plan de trabajo para la vigencia 2020 sobre los requisitos de la NTC 9001:2015 . | 1 | 39.00 | 1.00 | 100% | 39 | 39 | 39 |
| | | | Desarrollar las acciones del plan de trabajo de aplicación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al área | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | Personal del Área | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 34.71 | 1.00 | 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 | 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | 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 2020. 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 auditorías respecto a los criterios de habilitación, según programa de auditorías de la vigencia | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/04/01 | 2020/10/30 | Desarrollando las auditorías según programa de la vigencia 2020. | 6 | 30.29 | 6.00 | 100% | 30 | 30 | 30 |
| | | | Atender auditorías externas o requerimientos 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Atendiendo las visitas de auditorías programadas con la EPS, acompañando al recorrido y suministrando la información requerida. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Realizar seguimiento trimestral (con corte a marzo, junio, septiembre) a la formulación y cumplimiento de planes de mejoramiento definidos como resultado de las auditorías 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 | 2020/05/01 | 2020/11/30 | 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. | 1 | 30.43 | 1.00 | 100% | 30 | 30 | 30 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | Desarrollar programa paciente seguro en el hospital, de acuerdo al cronograma de actividades. | GESTIÓN DE CALIDAD | PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA PACIENTE SEGURO (Jefe Yesika Orjuela) | 2020/01/15 | 2020/12/31 | Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2020. | 1 | 50.14 | 0.96 | 96% | 48 | 48 | 50 |
| | | | Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área. | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 2020 | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/05/01 | 2020/12/20 | 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 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (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. | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Evaluando trimestralmente el cumplimiento del programa y la ejecución de las actividades planteadas para la vigencia 2020. | 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 2020 | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/05/01 | 2020/12/20 | 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 2020, 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 efectivos / 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 | 2020/05/01 | 2020/12/20 | 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 del proceso. | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 al cronograma de actividades | GESTIÓN DE CALIDAD | PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN | 2020/04/02 | 2020/12/31 | 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) | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | Medir percepción de humanización de pacientes familia y colaboradores y analizar resultados | GESTIÓN DE CALIDAD | PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN | 2020/10/01 | 2020/11/30 | 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) | 2020/05/01 | 2020/11/30 | 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 | 2020/01/03 | 2020/12/30 | 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 | 51.71 | 3.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| | | | Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD (Alexandra Bello bandera) | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas) | 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 | 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) | 2020/04/02 | 2020/11/30 | 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 | | | | | | | | | | 846.86 | 46.96 | 21.96 | 844.85 | 844.85 | 846.86 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 3 | 3 | 4 | 21 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 6 | 1 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 7 | 9 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 9 | 8 | 0 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 10 | 4 | 3 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 22 | 22 | 22 | 22 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 14% | 14% | 18% | 95% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 27% | 5% |
| DESARROLLADO | 0% | 32% | 41% | 0% |
| DISEÑADO | 41% | 36% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 45% | 18% | 14% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|---------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 847 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 847 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 99.76% |
| | POMVI/PBEC | |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 99.76% |

| 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 |



VIGENCIA: 2020
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 2020, 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (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. | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| | | | Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecidas, a través de auditorías y seguimiento a mapas de riesgos | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/05/01 | 2020/12/30 | 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 auditorías basadas en riesgos donde se verifique la mitigación de los mismos. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| Adoptar el nuevo marco normativo contable | En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento efectividad del sistema de control interno contable superior a 4 | (Sumatoria puntajes obtenidos / total de preguntas)*5 | Priorizar la identificación de recaudos y descargar mensualmente la cartera. | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/02/01 | 2020/02/28 | 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 | 2020/04/01 | 2020/12/30 | 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 2020, obtener el 85% de efectividad del Programa de Ética 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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, o por otras fuentes. | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas) | 1 | 51.86 | 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. | (Numero de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100 | Realizar seguimiento a la gestión de las PQRSF interpuestas al Hospital | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/01/02 | 2020/09/30 | Verificando el cumplimiento del procedimiento de PQRSF y la efectividad de las respuestas de las mismas, según términos de Ley, con corte a: diciembre/2019 y junio/2020 | 2 | 38.86 | 2.00 | 100% | 39 | 39 | 39 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 315.29 | 15.00 | 8.00 | 315.29 | 315.29 | 315.29 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|--------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| | | | | |

| 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 |

| | | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| MEJORADO (100%) | 3 | 4 | 4 | 10 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 2 | 0 |
| DESARROLLADO (40%) | 1 | 2 | 3 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 3 | 4 | 1 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 3 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 10 | 10 | 10 | 10 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|------|
| MEJORADO | 30% | 40% | 40% | 100% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 20% | 0% |
| DESARROLLADO | 10% | 20% | 30% | 0% |
| DISEÑADO | 30% | 40% | 10% | 0% |
| NO HA INICIADO | 30% | 0% | 0% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|----------------------|---------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 315 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 315 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 100.00% |
| | POMMVI/PBEC | |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 100.00% |



PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

VIGENCIA: 2020
ÁREA: AMBULATORIOS

| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | 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 (POMV) | Puntaje atribuido metas vencidas | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|------|
| | | | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | | | | | | | | CÓMO |
| | | | | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO | PERSONA RESPONSABLE DE LA 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 2020 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 Ambulatorios | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| 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 12. | 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 12 | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/03/03 | 2020/11/30 | Desarrollando las 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 auditorías internas y externas. | 1 | 38.86 | 1.00 | 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 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 | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorías internas y externas sobre habilitación. | 1 | 45.29 | 0.92 | 92% | 42 | 42 | 45 |
| Desarrollar actividades de promoción y prevención en las áreas con mayor impacto en salud mental. | Desarrollar en cada vigencia el 100% de las actividades definidas para intervenir los grupos sociales | (Cantidad de actividades desarrolladas con grupos sociales /cantidad de actividades definidas con los grupos sociales proyectados)* 100 | Determinar los grupos sociales a intervenir en la vigencia y las actividades de intervención. | SERVICIOS AMBULATORIOS | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/20 | Identificando conjuntamente la población objeto para intervenir según casos de interés mas significativos, definiendo la forma de intervención. | 1 | 43.86 | 1.00 | 100% | 44 | 44 | 44 |
| | | | Desarrollar actividades de intervención a grupos sociales definidos. | SERVICIOS AMBULATORIOS | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/20 | Organizando y ejecutando actividades de intervención de acuerdo a lo definido y analizando el impacto de la actividad desarrollada. | 1 | 43.86 | 1.00 | 100% | 44 | 44 | 44 |
| Brindar atención en la modalidad de interconsulta de psiquiatría a pacientes comentados por medio del sistema de referencia y que cumplen los criterios para dicho procedimiento. | Atender el 100% de las interconsultas admisionadas | Numero de interconsultas realizadas / Numero de interconsultas admisionadas | Realizar las interconsultas admisionadas | SERVICIOS AMBULATORIOS | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/20 | brindando atención en la modalidad de interconsultas a pacientes que fueron comentados y cumplen con los criterios dicho procedimiento. | 11 | 43.86 | 11.00 | 100% | 44 | 44 | 44 |
| Generar conocimiento en salud mental. | Desarrollar un encuentro académico 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 | Planificar y realizar encuentros académicos | SERVICIOS AMBULATORIOS | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 2020/02/17 | 2020/12/20 | Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos. | 1 | 43.86 | 1.00 | 100% | 44 | 44 | 44 |
| | | | Desarrollar las actividades académicas (visitas, prácticas) concertadas con el HEGI | COMITÉ DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | analizando y viabilizando las solicitudes, y atendiendo y desarrollando las actividades académicas concertada (fecha, lugar, personal a participar según perfil de estudiantes). | 1 | Se excluye del plan, por cuanto no se efectuaron debido a la pandemia | | | | | |
| 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) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | 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 | 45.29 | 1.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| | | | Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área. | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 45.29 | 1.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, 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/Numero total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)*100 (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. | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | 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 | 45.29 | 1.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | 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 | 45.29 | 5.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones. | En el 2020 obtener un 76% de cumplimiento en los lineamientos de la Quinta Dimensión del MIPG "Información y Comunicación", según preguntas FURAG | Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG cumplidas/ Cantidad de preguntas de la 5a dimensión MIPG | Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Vigencia, que le competen al área | ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Desarrollando las actividades asignadas | 8 | 45.29 | 7.04 | 88% | 40 | 40 | 45 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, obtener el 85% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y colaboradores externos. | (Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización) | Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área. | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 45.29 | 1.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| | | | 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 | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Exponiendo de forma personal los derechos y deberes y haciendo entrega del folleto sobre esta información. | 2 | 45.29 | 2.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| 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 | SERVICIOS AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/02/17 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas) | 1 | 45.29 | 0.92 | 92% | 42 | 42 | 45 |
| Mantener 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 | Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados | AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO | JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS (Jefe Carolina Chacón) | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción | 12 | 51.86 | 12.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 714.71 | 47.88 | 15.72 | 702.03 | 702.03 | 714.71 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 1 | 3 | 3 | 13 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 5 | 3 |
| DESARROLLADO (40%) | 2 | 5 | 6 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 6 | 5 | 0 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 8 | 4 | 3 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 17 | 17 | 17 | 16 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 6% | 18% | 18% | 81% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 29% | 19% |
| DESARROLLADO | 12% | 29% | 35% | 0% |
| DISEÑADO | 35% | 29% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 47% | 24% | 18% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|---------------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 715 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 715 |
| Cumplimiento del plan | CPM = POMMV/PBEC | 98.23% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 98.23% |

| 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: 2020
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 2020, 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| 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 12. | 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 12 | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL | 2020/03/03 | 2020/11/30 | 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. | 1 | 38.86 | 1.00 | 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación. | 1 | 41.00 | 0.92 | 92% | 38 | 38 | 41 |
| 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Brindando educación sobre el manejo y cuidado de la enfermedad a pacientes hospitalizados y realizando el respectivo registro en la historia clínica. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| 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 admitidas | Número de interconsultas realizadas / Número de interconsultas admitidas | 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | brindando atención en la modalidad de interconsultas a pacientes que fueron comentados y cumplen con los criterios dicho procedimiento. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| | | | Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área. | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, 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. | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGCST 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 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 5.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------|------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas) | 1 | 41.00 | 0.92 | 92% | 38 | 38 | 41 |
| | | | Desarrollar procesos de auditorías concurrentes con equipo interdisciplinario. | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Fortalecimiento de los procesos de auditoría, construidos y evaluados colectivamente con el equipo interdisciplinario. | 2 | 41.00 | 2.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Mantener la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI | Obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos. | (Numero de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100 | Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción | 12 | 51.86 | 12.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 541.71 | 28.84 | 12.84 | 535.15 | 535.15 | 541.71 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 1 | 2 | 2 | 11 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 4 | 2 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 7 | 6 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 6 | 3 | 0 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 6 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 13 | 13 | 13 | 13 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 8% | 15% | 15% | 85% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 31% | 15% |
| DESARROLLADO | 0% | 54% | 46% | 0% |
| DISEÑADO | 46% | 23% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 46% | 8% | 8% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|---------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 542 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 542 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 98,79% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 98,79% |

| 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 |



VIGENCIA: 2020
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 (Poi) | 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 laboroterapia. | Desarrollar la totalidad de proyectos de laboroterapia 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Analizando todos los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo del proyecto productivo, definiendo plan de implementación | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| | | | Implementar proyecto de laboroterapia para el fortalecimiento del programa de rehabilitación | REHABILITACIÓN | TERAPIA OCUPACIONAL Dra. Edna Solórzano | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las actividades de acuerdo a la formulación del proyecto definido por el comité de granja | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 | Cumplir al finalizar la vigencia 2020, mínimo en un 80% los requisitos ISO 9001 aplicable al SGC del Hospital. | Número de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Número 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorías internas y externas sobre habilitación. | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Brindando educación sobre el manejo y cuidado de la enfermedad a pacientes hospitalizados y realizando el respectivo registro en la historia clínica. | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| | | | Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área. | REHABILITACIÓN | Personal del Área | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SSGST 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 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 5 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| 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 DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas.) | 1 | 41.00 | 1 | 100% | 41 | 41 | 41 | |
| TOTALES | | | | | | | | | | 410.21 | 14.34 | 10.74 | 399.55 | 399.55 | 410.21 | |

| 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 |

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

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|------|
| MEJORADO | 18% | 27% | 36% | 100% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 27% | 0% |
| DESARROLLADO | 0% | 27% | 18% | 0% |
| DISEÑADO | 36% | 18% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 45% | 27% | 18% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|---------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 410 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 410 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 97.40% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 97.40% |



VIGENCIA: 2020
ÁREA: APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

| 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 2020, 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| 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 | Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 12 | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | Personal del Área | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 10: * Planes farmacológicos por patología (psiquiatría y medicina general) * Implementar guía de uso racional de antibióticos. * Realizar asesorías farmacológicas. * Ejecutar planes mejora frente a auditorías internas y externas. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| | 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 | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | Personal del Área | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorías internas y externas sobre habilitación. | 1 | 41.00 | 0.77 | 77% | 32 | 32 | 41 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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) | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| | | | Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área. | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | Personal del Área | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, 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 DESERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 DESERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | 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 | 41.00 | 5.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| 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 | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas) | 1 | 41.00 | 1.00 | 100% | 41 | 41 | 41 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 329.00 | 12.11 | 8.51 | 308.91 | 308.91 | 329.00 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 1 | 1 | 2 | 8 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 2 | 1 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 4 | 4 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 4 | 2 | 0 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 4 | 2 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 9 | 9 | 9 | 9 |

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

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

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 11% | 11% | 22% | 89% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 22% | 11% |
| DESARROLLADO | 0% | 44% | 44% | 0% |
| DISEÑADO | 44% | 22% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 44% | 22% | 11% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|---------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 329 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 329 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 93.89% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 93.89% |



VIGENCIA: 2020
ÁREA: INFORMÁTICA Y COMUNICACIÓN

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance físico de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO | PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA TERMINACIÓN | | | | | | | | |
| Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 | Cumplir al finalizar la vigencia 2020, 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) | 2020/03/01 | 2020/11/30 | 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 | 39.14 | 1.00 | 100% | 39 | 39 | 39 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Numero total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)XK (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | GESTIÓN Tics | Personal del Área | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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) | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 5.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Fortalecer la comunicación interna y externa | En el 2020 obtener un 60% 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 | 2020/02/17 | 2020/03/30 | Diseñando y aprobando por Calidad Plan y matriz de comunicaciones; socializando por áreas, y desarrollando estrategias de uso. | 2 | 6.00 | 2.00 | 100% | 6 | 6 | 6 |
| | | | Definir y adoptar Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | GESTIÓN Tics | Sistemas y Comunicaciones | 2020/03/01 | 2020/11/30 | Definiendo, adoptando, capacitando y promoviendo la política de transparencia y acceso a la información | 1 | 39.14 | 1.00 | 100% | 39 | 39 | 39 |
| Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones. | En el 2020 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) | Continuar la formulación del Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI) | GESTIÓN Tics | Sistemas y Comunicaciones | 2020/05/01 | 2020/11/30 | 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 | 30.43 | 1.00 | 100% | 30 | 30 | 30 |
| | | | 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) | 2020/04/01 | 2020/09/30 | 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 | 2.00 | 100% | 26 | 26 | 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) | 2020/02/20 | 2020/12/30 | Realizando diagnóstico y Definiendo las actividades en el Plan de Acción según disposiciones normativas y exigencias MIPG Plan Institucional de Archivos -PINAR, Tabla de Retención Documental - TRD, Sistema Integrado de Conservación, etc) | 2 | 44.86 | 2.00 | 100% | 45 | 45 | 45 |
| | | | 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) | 2020/04/01 | 2020/12/30 | Desarrollando las actividades asignadas | 9 | 39.00 | 9.00 | 100% | 39 | 39 | 39 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|--------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas. | 1 | 43.43 | 0.71 | 71% | 31 | 31 | 43 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 227.14 | 15.71 | 5.71 | 214.73 | 214.73 | 227.14 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 0 | 0 | 1 | 11 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 1 | 1 | 3 | 1 |
| DESARROLLADO (40%) | 1 | 2 | 4 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 5 | 5 | 3 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 5 | 4 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 12 | 12 | 12 | 12 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 0% | 0% | 8% | 92% |
| IMPLEMENTADO | 8% | 8% | 25% | 8% |
| DESARROLLADO | 8% | 17% | 33% | 0% |
| DISEÑADO | 42% | 42% | 25% | 0% |
| NO HA INICIADO | 42% | 33% | 8% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|----------------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 227 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 227 |
| Cumplimiento del plan | CPM = POMMVI/PBEC | 94.54% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 94.54% |

| 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 |



VIGENCIA: 2020
ÁREA: RECURSOS FÍSICOS

| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | FORMULACIÓN | | | | | | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance físico de ejecución de la actividad | Porcentaje de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas (PoI) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| | | | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | | | | | | | |
| | | | | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO | PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA TERMINACIÓN | | | | | | | | |
| Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 | Cumplir al finalizar la vigencia 2020, 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 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 12. | 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 12 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 11. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| | | | | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar) | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Desarrollando as acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias internas y externas sobre habilitación. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definido la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 2020 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS | 2020/01/02 | 2020/02/28 | Documentando el plan y expidiendo resolución de adopción. | 1 | 8.14 | 1.00 | 100% | 8 | 8 | 8 |
| | | | | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS | 2020/01/02 | 2020/12/31 | Desarrollando las actividades de acuerdo a lo programado Y realizando seguimiento periódico sobre su cumplimiento. | 100 | 52.00 | 98.00 | 98% | 51 | 51 | 52 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Numero total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | PERSONAL DEL ÁREA | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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) | Definir y desarrollar estrategia de ahorro y uso eficiente de agua y energía. | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS | 2020/03/22 | 2020/12/31 | 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 |
| | | | | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS | AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS | 2020/01/02 | 2020/12/31 | 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 | 52.00 | 2.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5 | 100% | 52 | 52 | 52 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por distintas fuentes (auditorías internas/externas.) | 1 | 51.86 | 0.5 | 50% | 26 | 26 | 52 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 516.14 | 114.50 | 11.48 | 489.17 | 489.17 | 516.14 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 2 | 2 | 3 | 10 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 1 | 1 | 2 | 1 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 4 | 5 | 1 |
| DISEÑADO (10%) | 4 | 4 | 1 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 5 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 12 | 12 | 12 | 12 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 17% | 17% | 25% | 83% |
| IMPLEMENTADO | 8% | 8% | 17% | 8% |
| DESARROLLADO | 0% | 33% | 42% | 8% |
| DISEÑADO | 33% | 33% | 8% | 0% |
| NO HA INICIADO | 42% | 8% | 8% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|--------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 516 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 516 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 94.77% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POM/PBEA | 94.77% |

| 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: 2020
ÁREA: RECURSOS FINANCIEROS

| 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 2020 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (Número total de accidentes de trabajo en el período/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo período)xK (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | FINANCIERA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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 2020) | | Implementar manual de cartera y procedimiento de glosas y devoluciones | FINANCIERA | PROFESIONAL DE APOYO CARTERA AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS | 2020/01/02 | 2020/12/31 | aplicando 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 . | 12 | 52.00 | 12.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| | | | Priorizar la identificación de recaudos y descargar mensualmente la cartera. | FINANCIERA | PROFESIONAL DE APOYO CARTERA AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Efectuando una oportuna identificación de los recaudos | 11 | 47.57 | 11.00 | 100% | | 0 | 48 |
| | | | 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 AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS | 2020/04/11 | 2020/12/30 | 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 | 11 | 37.57 | 11.00 | 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 | Generar y publicar mensualmente los estados contables, de acuerdo a la normatividad vigente | FINANCIERA | CONTADOR | 2020/02/01 | 2020/12/31 | Ejecutando el proceso contables de acuerdo a las políticas contables y de operación definidas y publicar en página web del Hospital. | 10 | 47.71 | 10.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | Analizar trimestralmente los estados contables para la toma de decisiones. | FINANCIERA | PERSONAL DE APOYO FACURACIÓN AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS | 2020/04/11 | 2020/12/30 | 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. | 3 | 37.57 | 3.00 | 100% | 38 | 38 | 38 |
| Maximizar los ingresos y controlar los gastos | En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo | Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias | 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 | 2020/04/11 | 2020/12/30 | 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. | 11 | 37.57 | 11.00 | 100% | 38 | 38 | 38 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| para responder ante los compromisos | sea > 1 | anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores) | 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 AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS | 2020/04/11 | 2020/12/30 | 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. | 11 | 37.57 | 11.00 | 100% | 38 | 38 | 38 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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 | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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 | Documentar el procedimiento de cuentas por pagar y pagos. Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley | FINANCIERA | AUXILIAR CUENTAS POR PAGAR | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Documentando el proceder frente a las cuenta por pagar. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| | | | | FINANCIERA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA | 2020/03/01 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por auditorías internas y externas. | 1 | 43.43 | 0.90 | 90% | 39 | 39 | 43 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 588.29 | 71.90 | 9.90 | 536.37 | 536.37 | 588.29 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 1 | 1 | 1 | 13 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 0 | 3 | 1 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 2 | 6 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 6 | 10 | 3 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 7 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 14 | 14 | 14 | 14 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 7% | 7% | 7% | 93% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 0% | 21% | 7% |
| DESARROLLADO | 0% | 14% | 43% | 0% |
| DISEÑADO | 43% | 71% | 21% | 0% |
| NO HA INICIADO | 50% | 7% | 7% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|----------------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 588 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 588 |
| Cumplimiento del plan | CPM = POMMVI/PBEC | 91.18% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POM/PBEA | 91.18% |

| 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: 2020
ÁREA: TALENTO HUMANO

| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | FORMULACION | | | | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance físico de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|
| | | | QUÉ (ACTIVIDADES) | 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 2020 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 | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 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 12. | 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 12 | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según resultado de la autoevaluación del ciclo 11. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)X (240000) | Definir y desarrollar Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) establecido en la vigencia. | RECURSOS HUMANOS | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Aprobando y desarrollando el plan operativo anual de SST de la vigencia. | 2 | 47.57 | 1.88 | 94% | 45 | 45 | 48 |
| | | | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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. | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados por auditorías internas y externas. | 1 | 51.86 | 1.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| | | | Aplicar mecanismo de inducción y reinducción | RECURSOS HUMANOS | PSICOLOGA ORGANIZACIONAL | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Realizar inducción al personal nuevo | 1 | 51.86 | 1.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el | Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o | (Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones | Formular el Plan Estratégico del Talento Humano según exigencias normativas | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/03/01 | 2020/03/30 | Documentar un Plan que integre: Plan anual de vacantes, Plan Institucional de capacitación - PIC, Bienestar, Incentivos y SGSST. | 1 | 4.14 | 90.00 | 100% | 4 | 4 | 4 |

| Indicador de desempeño | Descripción de la actividad | Requisitos | Actividad | Recurso | Perfil | Fecha Inicio | Fecha Fin | Descripción de la actividad | Cantidad | Puntaje | % Cumplimiento | Acciones | Acciones | Acciones | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|----------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Desempeño de sus labores | reinducción y capacitación según sus necesidades. | | 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 | 2020/02/01 | 2020/12/31 | 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 | 47.71 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | Promover programas de Función pública, aplicables al Hospital | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/02/01 | 2020/12/31 | Analizando cuales de los Programas: estado joven, servimos en la entidad, teletrabajo, horarios flexibles, bilingüismo, se pueden implementar y proceder a su aplicación en el Hospital. | 1 | 47.71 | 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Programando y ejecutando actividades recreativas, deportivas, lúdicas, educación formal, salud, vivienda. Además realizando una evaluación final del Programa en relación a las necesidades identificadas. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| | | | Medir el clima organizacional del HEGI y analizar los resultados | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PSICOLOGA ORGANIZACIONAL | 2020/09/01 | 2020/10/31 | 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. | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PSICOLOGA ORGANIZACIONAL | 2020/03/01 | 2020/12/30 | 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. | 1 | 43.43 | 1.00 | 100% | 43 | 43 | 43 |
| TOTALES | | | | | | | | | | 497.43 | 105.88 | 11.94 | 494.57 | 494.57 | 497.43 |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 3 | 4 | 4 | 13 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 0 | 1 | 3 | 2 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 5 | 7 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 7 | 4 | 0 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%) | 5 | 1 | 1 | 0 |
| TOTAL ACCIONES | 15 | 15 | 15 | 15 |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| MEJORADO | 20% | 27% | 27% | 87% |
| IMPLEMENTADO | 0% | 7% | 20% | 13% |
| DESARROLLADO | 0% | 33% | 47% | 0% |
| DISEÑADO | 47% | 27% | 0% | 0% |
| NO HA INICIADO | 33% | 7% | 7% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|--------------|--------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 497 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 497 |
| Cumplimiento del plan | CPM = | 99.43% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POM/PBEA | 99.43% |

| 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 |



VIGENCIA: 2020
ÁREA: CONTRATACIÓN

| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | FORMULACION | | | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance físico de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| | | | QUÉ (ACTIVIDADES) | 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 2020 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 CONTRATACIÓN | 2020/04/01 | 2020/11/30 | Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma. | 1 | 34.71 | 1.00 | 100% | 35 | 35 | 35 |
| Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital | Obtener al cierre del 2020 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 | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades donde se definió la participación del área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 2020, no aumentar el índice de frecuencia de accidentalidad global obtenido en el 2019. | (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. | CONTRATACIÓN | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN | 2020/02/01 | 2020/12/30 | 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 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital | Al cierre del 2020, 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 CONTRATACIÓN | 2020/01/02 | 2020/12/30 | 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 | 51.86 | 5.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| 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) | Implementar SECOP II de acuerdo a la plan de trabajo y lineamientos del ente Departamental. | CONTRATACIÓN | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN | 2020/02/02 | 2020/12/31 | Desarrollando las actividades en relación a la implementación de SECOP II, según lineamientos del Departamento. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| Gestionar un ambiente humanizado en el Hospital | Al cierre de 2020, 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. | CONTRATACIÓN | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN | 2020/02/01 | 2020/12/30 | Asistiendo y desarrollando actividades relacionadas con la humanización programadas en la vigencia asignadas al área. | 1 | 47.57 | 1.00 | 100% | 48 | 48 | 48 |
| 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 CONTRATACIÓN | 2020/01/02 | 2020/12/30 | Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados pen auditorías internas y externas. | 1 | 51.86 | 1.00 | 100% | 52 | 52 | 52 |
| TOTALES | | | | | | | | | 328.71 | 11.00 | 7.00 | 328.71 | 328.71 | 328.71 | |

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

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|------|
| MEJORADO | 0% | 14% | 29% | 100% |
| IMPLEMENTADO | 14% | 14% | 29% | 0% |
| DESARROLLADO | 0% | 14% | 29% | 0% |

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

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

| | | | | |
|----------------|-----|-----|-----|----|
| DISEÑADO | 43% | 57% | 14% | 0% |
| NO HA INICIADO | 43% | 0% | 0% | 0% |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|-----------------------------------------|------------------------------|---------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 329 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 329 |
| Cumplimiento del plan | CPM = POMMVI/PBEC | 100.00% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= POMI/PBEA | 100.00% |

| Área | A 31/03/2020 | A 30/06/2020 | A 31/07/2020 | A 31/08/2020 | A 30/09/2020 | A 31/10/2020 | A 30/11/2020 | A 31/12/2020 |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | % Avance | % Avance | % Avance | % Avance | % Avance | % Avance | % Avance | % Avance |
| Gerencia | 18.77% | 43.10% | 50.05% | 49.81% | 66.86% | 76.47% | 89.42% | 100.00% |
| Planeación y Calidad | 25.40% | 45.57% | 48.29% | 51.59% | 67.22% | 85.99% | 92.57% | 99.76% |
| Control Interno | 29.67% | 47.92% | 61.67% | 56.69% | 75.48% | 82.34% | 89.03% | 100.00% |
| Ambulatorios | 16.62% | 45.28% | 46.46% | 56.68% | 61.51% | 64.92% | 76.11% | 98.23% |
| Hospitalización | 16.34% | 52.48% | 53.35% | 56.00% | 66.36% | 71.20% | 76.28% | 98.79% |
| Rehabilitación | 26.84% | 55.96% | 56.99% | 66.98% | 68.20% | 79.89% | 83.10% | 97.40% |
| Apoyo Diagnóstico y Terapéutico | 11.51% | 43.35% | 44.63% | 66.00% | 59.27% | 61.39% | 78.07% | 93.89% |
| Informática y Comunicaciones | 30.66% | 20.89% | 20.89% | 33.17% | 41.65% | 53.61% | 64.20% | 94.54% |
| Recursos Físicos | 19.64% | 44.35% | 45.29% | 42.62% | 57.53% | 71.46% | 75.82% | 94.77% |
| Recursos Financieros | 16.05% | 34.22% | 41.38% | 42.77% | 58.29% | 68.81% | 74.78% | 91.18% |
| Talento Humano | 20.57% | 55.89% | 58.06% | 56.01% | 70.11% | 83.78% | 90.45% | 99.43% |
| Contratación | 17.54% | 47.14% | 48.62% | 47.58% | 69.49% | 82.81% | 89.64% | 100.00% |
| Promedio % Avance | 20.80% | 44.68% | 47.97% | 52.16% | 63.50% | 73.56% | 81.62% | 97.33% |

