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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** GERENCIA

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 definido la participación del área. | 1 | 43.43 | **1.00** | 100% | 43 | 43 | 43 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | Al cierre del 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. | 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 pen auditorias 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 Rios | Profesional Gestión de Calidad | 2015/01/29 |
| REVISO Y VALIDO | Yasmith de los Rios | Gerente | 2015/01/29 |
| APROBO | Mélida Rios | Profesional Gestión de Calidad | 2015/01/29 |

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** PLANEACIÓN Y CALIDAD

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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) | 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 | 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 |
| | 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 auditorias respecto a los criterios de habilitación, según programa de auditorias de la vigencia | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 2020/04/01 | 2020/10/30 | Desarrollando las auditorias según programa de la vigencia 2020. | 6 | 30.29 | **6.00** | 100% | 30 | 30 | 30 |
| | | | Atender auditorias 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 auditorias 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 auditorias internas y externas sobre criterios de habilitación | 3 | 34.71 | **3.00** | 100% | 35 | 35 | 35 |
| | | | Realizar verificación Insitu 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 item 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 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. | 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 efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100 | Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecida en los mapas de riesgos | OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD | 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 (auditorias 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 = POMMVi/PBEC** | 99.76% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 99.76% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** CONTROL INTERNO

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 definido 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. | 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 auditorias 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 auditorias 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 y 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 y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos. | (Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización) | Participar en actividades del programa de humanización asignadas al área. | SEGUIMIENTO Y CONTROL | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO | 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 (auditorias 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 la 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 = POMMVi/PBEC** | 100.00% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 100.00% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** AMBULATORIOS

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 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 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 | 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:<br>* Socializar y actualizar manual del usuario y de referencia y contrarreferencia.<br>* Ejecutar planes mejora frente a auditorias 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 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 | 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 auditorias 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 cumplan los criterios para dicho procedimiento. | Atender el 100% de las interconsultas admisionadas | Número de interconsultas realizadas / Número 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 definido 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/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. | 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 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 (auditorias 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. | (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 | 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 = POMMVi/PBEC** | 98.23% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 98.23% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** HOSPITALIZACIÓN

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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:<br>* Desarrollar auditorias según plan anual de auditorias.<br>* Ejecutar planes mejora frente a auditorias internas y externas.<br>* 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 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 | 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 admisionadas | Número de interconsultas realizadas / Número de interconsultas admisionadas | Atender en la modalidad de interconsulta de psiquiatría a pacientes comentados por medio del sistema de referencia. | HOSPITALIZACIÓN | JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (Andrés Escobar) | 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 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. | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 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. | HOSPITALIZACIÓN | COORDINADOR ASISTENCIAL (Dr. Ernesto Castillo) | 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 | 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 (auditorias internas/externas) | 1 | 41.00 | 0.92 | 92% | 38 | 38 | 41 |
| | | | Desarrollar procesos de auditorias 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 = POMMVi/PBEC** | 98.79% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 98.79% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** REHABILITACIÓN

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO | PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN | FECHA INICIO | FECHA TERMINACIÓN | | | | | | | | |
| Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia. | Desarrollar la totalidad de proyectos de laborterapia planteados dentro del programa de rehabilitación. | (Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados) | Definir viabilidad del proyecto productivo a implementar en la vigencia | COMITÉ GRANJA | INTEGRANTES DEL COMITÉ | 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 laborterapia 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. | Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables | Desarrollar las acciones del plan de trabajo de implementación ISO 9001:2015 para dar cumplimiento a los requisitos que le compete al proceso de rehabilitación | REHABILITACIÓN | Personal del Área | 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 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 | REHABILITACIÓN | JEFE DE SERVICIO | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias 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 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 | 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 (auditorias 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 = POMMVi/PBEC** | 97.40% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 97.40% |

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 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 auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en la autoevaluación del ciclo 11. | No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación | Cumplir plenamente los estándares de acreditación programados para el ciclo 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:<br>* Planes farmacológicos por patología (psiquiatría y medicina general)<br>* Implementar guía de uso racional de antibióticos.<br>* Realizar asesorías farmacológicas.<br>* Ejecutar planes mejora frente a auditorias 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 auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas | Desarrollar las acciones del plan de mejoramiento derivados de auditorias internas y externas de habilitación | APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO | Personal del Área | 2020/02/17 | 2020/11/30 | Desarrollando las acciones programadas en el plan de mejoramiento según auditorias 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)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. | 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 (auditorias 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** |

| % 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 = POMMVi/PBEC** | 93.89% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 93.89% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** INFORMÁTICA Y COMUNICACIÓN

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | GESTIÓN Tics | Personal del Área | 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 |
| 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 diagnostico 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 diagnostico 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 auditorias 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 Rios | Profesional Gestión de Calidad | 2015/01/29 |
| REVISO Y VALIDO | Yasmith de los Rios | Gerente | 2015/01/29 |
| APROBO | Mélida Rios | Profesional Gestión de Calidad | 2015/01/29 |

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** RECURSOS FÍSICOS

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 FISICOS | 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 FISICOS | 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 |
| | 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 | GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS | 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 FISICOS | 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 FISICOS | 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 |
| | | | Liderar la ejecución del plan de mantenimiento de la vigencia | GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS | 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/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000) | Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área. | GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS | 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 FISICOS | 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 |
| | | | Definir y desarrollar estrategia uso adecuado de papel. | GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS | 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 FISICOS | 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 FISICOS | 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 FISICOS | 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 (auditorias 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 = POMMVi/PBEC** | 94.77% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 94.77% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** RECURSOS FINANCIEROS

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 item 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 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. | FINANCIERA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA | 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 |
| 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<br>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<br>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<br>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 |
| 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<br>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 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 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| para responder ante los compromisos | equilibrio presupuestal con resultado 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<br><br>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. | 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 |
| | | | Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley | 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 pen auditorias 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= POMi/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 |

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** TALENTO HUMANO

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 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 | 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 item 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)xK (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 pen auditorias internas y externas. | 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 | 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 |
| | | | Formular el Plan Estratégico del Talento Humano según exigencias normativas | RECURSOS HUMANOS | PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS | 2020/03/01 | 2020/03/30 | Documental 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 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| desempeño de sus labores | reinducción y capacitación según sus necesidades. | requeridas) | 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 = POMMVi/PBEC** | 99.43% |
| Avance del plan de mejoramiento | **AP= POMi/PBEA** | 99.43% |

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

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

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

**PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL**

**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**

**Código: FOR-DE-005**
**Versión: 03**
**Fecha de Aprobación: 29/01/2015**

**VIGENCIA:** 2020
**ÁREA:** CONTRATACIÓN

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | QUIÉN | | CUÁNDO | | CÓMO | Cantidad de Medida | Plazo en semanas | Avance fisco de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi) | Puntaje atribuido metas vencidas |
| | | | | 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 auditorias 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** |

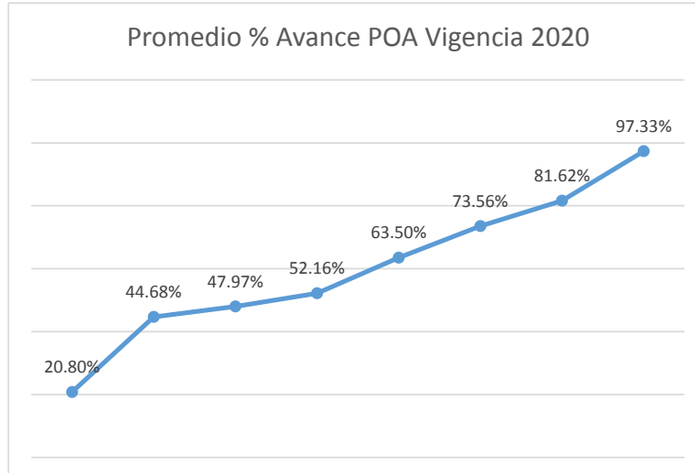
| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|---|---|---|---|---|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 5 | SEGUIMIENTO 8 |
| MEJORADO (100%) | 0 | 1 | 2 | 7 |
| IMPLEMENTADO (70%) | 1 | 1 | 2 | 0 |
| DESARROLLADO (40%) | 0 | 1 | 2 | 0 |
| DISEÑADO (10%) | 3 | 4 | 1 | 0 |
| NO HA INICIADO (0%)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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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% |

| 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 |

| 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% |