



VIGENCIA: 2023  
ÁREA: GERENCIA

FORMULACIÓN												Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida								
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN										
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	1,00	100%	47	47	47		
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del 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 las autoevaluaciones.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Realizar seguimiento al cumplimiento del PAMEC y analizar los resultados para la toma de decisiones que garanticen el cumplimiento de lo programado.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/04/2023	20/12/2023	Revisando y analizando en reunión de comité interno, el cumplimiento de lo planes de mejoramiento de estándares de acreditación, con el fin de tomar decisiones al respecto.	1	37,57	1,00	100%	38	38	38		
	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando los planes de mejoramiento con cumplimiento ≥90%	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación y analizar los resultados para emprender las acciones correspondientes.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/04/2023	20/12/2023	Analizando en reunión de comité interno, el resultado del seguimiento de planes de mejoramiento de criterios de habilitación derivados de auditorias internas y externas, definiendo y emprendiendo acciones que permita su cumplimiento.	1	37,57	1,00	100%	38	38	38		
Fortalecer la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en grupos sociales con mayor impacto en Salud mental, utilizando los medios tecnológicos de acuerdo a pandemia COVID-19.	Desarrollar en la 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	Seguimiento a la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en grupos sociales.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/02/2023	31/12/2023	Trimestralmente a través de la estrategia, charlas con la Gerencia, hacer seguimiento a la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en grupos sociales, dejando consignado en la respectiva acta de comité interno, los resultados y compromisos.	3	47,57	3,00	100%	48	143	143		
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia e inclusión educativa.	El 100% de pacientes que ingresan al programa de rehabilitación realicen actividades de laborterapia e inclusión educativa.	Pacientes que recibieron formación (laborterapia y/o educación) dentro del programa de rehabilitación / Pacientes Ingresados al Programa de Rehabilitación.	Seguimiento a la ejecución de proyectos productivos de laborterapia e inclusión educativa a pacientes del programa de rehabilitación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/02/2023	31/12/2023	Trimestralmente a través de la estrategia, charlas con la Gerencia, hacer seguimiento a la ejecución de actividades de laborterapia e inclusión educativa a pacientes del programa de rehabilitación, dejando consignado en la respectiva acta de comité interno, los resultados y compromisos.	3	47,57	3,00	100%	48	143	143		
Incursionar en nuevos mecanismos de prestación de servicios de salud mental que permita sostener o mejorar la producción.	En la vigencia sostener o mejorar Unidad de Valor Relativa total de la línea base (565,000,9).	Unidad de Valor Relativa total Vigencia	Realizar seguimiento y análisis de la producción y tomar acciones encaminadas a su incremento según la situación actual del sector salud.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/02/2023	31/12/2023	A través del comité de gestión y desempeño, realizar seguimiento trimestralmente a la producción y analizar el resultado, tomando decisiones conjuntamente con el equipo asistencial buscando el sostenimiento o incremento de la producción, incursionando en mecanismos según las circunstancias de la prestación de los servicios y del sector salud; dejando consignado en la respectiva acta de comité interno, los resultados y compromisos.	3	47,57	3,00	100%	48	143	143		
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48	48		
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	43	41		
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	48	46		

Implementar la dimensión de Información y Comunicación	En la vigencia 2023 obtener en la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación" un puntaje igual o superior a 80	Índice de dimensión de gestión y desempeño "Información y Comunicaciones"	Diligenciar autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas y desarrollar plan de implementación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	87	87
Mejorar la recuperación de la cartera	En la vigencia 2023, la rotación sea igual o menor a 300 días	$\frac{360}{\text{Ventas a crédito antes de periodo - glosas aceptadas antes del periodo} + \text{Ventas a crédito del periodo - glosas aceptadas del periodo}} \times 2$ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo - saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo) / (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.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/04/2023	30/12/2023	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	39,00	3,00	100%	39	117	117
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En la vigencia 2023, 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.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/04/2023	30/12/2023	Revisando la facturación, analizando trimestralmente en comité interno el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto.	3	39,00	3,00	100%	39	117	117
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia 2023, lograr un porcentaje >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	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	52,00	1,00	100%	52	52	52
Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	En la vigencia 2023, obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos.	(Número de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Diligenciar autodiagnóstico de gestión de la rendición de cuentas y desarrollar Plan de implementación.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	GERENTE	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	87	87
<b>TOTALES</b>										<b>629,00</b>	<b>25,91</b>	<b>13,91</b>	<b>624,55</b>	<b>1148,59</b>	<b>1144,54</b>

promedio cumplimiento **99,4%**

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5	SEGUIMIENTO 8
MEJORADO (100%)	0	0	3	8
IMPLEMENTADO (70%)	6	1	11	6
DESARROLLADO (40%)	0	9	0	0
DISEÑADO (10%)	1	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	7	3	0	0
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	21%	57%
IMPLEMENTADO	43%	7%	79%	43%
DESARROLLADO	0%	64%	0%	0%
DISEÑADO	7%	7%	0%	0%
NO HA INICIADO	50%	21%	0%	0%

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

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



SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4						
Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	22/04/2023	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	14/07/2023	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	20/10/2023	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:	15/01/2024
AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	
Se documentó plan de trabajo ISO para la vigencia 2023 y de acuerdo a las acciones programadas a cargo del proceso, a marzo de 2023 presenta un cumplimiento de 6,25 %	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al 30 de junio obtenido un avance del 12%	DESARROLLADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre, alcanzando un cumplimiento del 34% con un acumulado del 52%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al cuarto trimestre, alcanzando un cumplimiento del 33% con un acumulado del 100%	MEJORADO					
no ha iniciado esta programada para el segundo trimestre	NO HA INICIADO		Para la vigencias 2023 se priorizo un estándar, el cual a corte junio no presenta avance de ejecución.	NO HA INICIADO		se realizo seguimiento al plan de mejoramiento cumplimiento de estándares de un total de 45 acciones se ha cumplido con 31 , lo que corresponde la 79% de cumplimiento	MEJORADO		Se realizo siguiente al plan de mejoramiento de estándares de un total de 45 acciones se ha cumplido con 45, lo que corresponde la 100% de cumplimiento	MEJORADO					
no ha iniciado esta programada para el segundo trimestre	NO HA INICIADO		Se tienen establecidas 3 acciones de mejoramiento definidas en el proceso de autoevaluación de estándares, para el seguimiento con corte a junio aun no se evidencia cumplimiento	NO HA INICIADO		Se tienen establecidas 3 acciones de mejoramiento definidas en el proceso de autoevaluación de estándares, para el seguimiento con corte a septiembre se cumplido el 100% de las acciones.	MEJORADO		Se considera cumplidos en el siguiente anterior	MEJORADO					
se programaron 24 actividades con grupos sociales de las cuales se ha desarrollado 1 El día 24-02-2023 se realizó actividad con la universidad de Ibagué en las instalaciones del HEGI.	NO HA INICIADO		Para el segundo trimestre 2023 se desarrollaron 5 actividades a grupos sociales en las fechas: 04 de mayo (1), 18 de mayo (2), 26 de mayo (1) y 21 de junio (1), para un 50% de cumplimiento	DESARROLLADO		Para el tercer trimestre 2023 se desarrollaron 14 actividades a grupos sociales para un 83% de cumplimiento	IMPLEMENTADO		Para el cuarto trimestre 2023 se desarrollaron 24 actividades a grupos sociales para un 100% de cumplimiento	MEJORADO					
Para la vigencia 2023 se definieron los proyectos productivos a desarrollar: Avicultura (pollos de engorde y ponedora) Porcicultura (cerdos de engorde y cría) Ganadería (leche y carne) Agricultura (huertas, elaboración de compostaje, mantenimiento de zonas verdes). La institución ha desarrollado formación teórico practica a través del SENA agricultura y manipulación de alimentos	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 se definieron los proyectos productivos a desarrollar: Avicultura (pollos de engorde y ponedora) Porcicultura (cerdos de engorde y cría) Ganadería (leche y carne) Agricultura (huertas, elaboración de compostaje, mantenimiento de zonas verdes)	DISEÑADO		se considera implementado en seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplido desde el segundo trimestre	MEJORADO					
Se realizo comité donde se analizo la producción del 1 trimestre	IMPLEMENTADO		Se realizo comité donde se analizo la producción del 2 trimestre	IMPLEMENTADO		Se realizo comité de evaluación y desempeño el 26 de octubre del 2023	IMPLEMENTADO		Se realizo comité de evaluación y desempeño el 19 de diciembre del 2023	MEJORADO					
Se han ejecutado 3 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 15%	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%	DESARROLLADO		En el seguimiento para este periodo se han ejecutado 2,5 actividades de las 20 programadas obteniendo un avance acumulado del 71%	IMPLEMENTADO		En el seguimiento para este periodo se han ejecutado 6 actividades de las 20 programadas obteniendo un avance acumulado del 100%	MEJORADO					
Se ha realizado una actividad de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	DESARROLLADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 69 actividades de 89 programadas para la vigencia, para el trimestre con un acumulado de 77%.	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 65 actividades de 89 programadas para la vigencia, para el trimestre con un acumulado de 99%.	IMPLEMENTADO					
se fijaron los riesgos a dar tratamiento en la vigencia, y se realizo verificación d cumplimiento de las actividades 1 trimestre un avance general del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	DESARROLLADO		se revisaron las acciones ejecutadas por cada área para el control de los riesgos contenidos en el mapa de riesgos obteniendo un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se revisaron las acciones ejecutadas por cada área para el control de los riesgos contenidos en el mapa de riesgos obteniendo un cumplimiento del 96%	IMPLEMENTADO					

se diligenció autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas establecido por función pública; falta definir y desarrollar acciones según resultado del autodiagnóstico.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		se recibieron los resultados de la medición de desempeño para politica de rendición de cuentas el resultado fue ( 62 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	
no ha iniciado esta programada para el segundo trimestre	NO HA INICIADO		se realizo el comité interno donde se analizo el resultado de la gestión de la cartera y se han ido tomando decisiones al respecto.	DESARROLLADO		para el tercer trimestre se verifico las acciones adelantadas por el área de cartera y de acuerdo al informe entregado en comité de des días emperío la rotación de cartera esta en 195	IMPLEMENTADO		se realizo comité de desempeño para análisis de 21 93 el pasado 19 de diciembre	IMPLEMENTADO	
no ha iniciado esta programada para el segundo trimestre	NO HA INICIADO		se realizo el comité interno verificando el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto.	DESARROLLADO		para este trimestre la rotación de cartera cerro en 195 días, información reportada por el jefe Johan Aldana	IMPLEMENTADO		para este trimestre la rotación de cartera cerro en 216 días, información reportada por el jefe Johan Aldana	IMPLEMENTADO	
Para este primer trimestre no se tienen planes de mejoramiento pendientes	NO HA INICIADO		Para la vigencias 2023 se priorizo un estándar, el cual a corte junio no presenta avance de ejecución.	NO HA INICIADO		Se cuenta con dos planes de mejoramiento estándares pamec los cuales de las 3 acciones establecidas ejecutaron el 100%	IMPLEMENTADO		se considera cumplido en el trimestre anterior	MEJORADO	
se diligenció autodiagnóstico gestión de la rendición de cuentas establecido por función pública; falta definir y desarrollar acciones según resultado del autodiagnóstico.	IMPLEMENTADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		Para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		se recibieron los resultados de la medición de desempeño para politica de rendición de cuentas el resultado fue ( 62 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	

Puntajes base de evaluación: 31/12/2023		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	1145
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	629
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	100,35%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	99,29%









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

PLAN DE ACCIÓN U OPERATIVO ANUAL

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Código: FOR-DE-005

Versión: 03

Fecha de Aprobación: 29/01/2015

VIGENCIA: 2023  
ÁREA: PLANEACIÓN Y CALIDAD

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	Con corte a:	
				PROCESO / ÁREA RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN									AVANCE / ACTIVIDAD	
Gestionar el aumento de la capacidad hospitalaria mediante proyectos de ampliación de la infraestructura física y dotación de equipos.	La totalidad de proyectos formulados en la vigencia, se radiquen para su posterior aprobación y viabilidad.	Proyectos radicados / Proyectos formulados	Documentar y gestionar los proyectos de acuerdo a la planeación estratégica del Hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2/01/2023	20/12/2023	Formulando proyectos de acuerdo al direccionamiento estratégico, conforme a metodología, lineamientos y normatividad vigente.	1	50,29	1,00	100%	50	50	50	Tenemos el proyecto de agu trimestre 2023, el proyecto radicado en proceso de aji proyectos de panadería y gr la vigencia 2022, a la fecha s avances en la aprobación de l	
			Definir y desarrollar estrategia de fomento de la calidad y el mejoramiento continuo.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/12/2023	Analizando el contexto, definiendo actividades según diagnóstico actual, desarrollando lo programado y analizando el impacto.	1	43,43	1,00	100%	43	43	43	Se encuentra el fase de plan fomento de la cultura de calc	
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Establecer plan de trabajo ISO 9001:2015 y realizar seguimiento al cumplimiento del mismo.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	3/01/2023	30/12/2023	Definiendo el plan de trabajo para la vigencia 2023 sobre los requisitos de la NTC 9001:2015, según diagnóstico y resultado de auditoría y verificar trimestralmente el cumplimiento de acciones por parte de los responsables definidos.	1	51,57	1,00	100%	52	52	52	Se formulo el plan de trabaj 2023, de acuerdo al inform diciembre 2022, se realizo v con corte a marzo del 2023 el del 11%	
			Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN DE CALIDAD	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	1,00	100%	47	47	47	De acuerdo a la formulación la vigencia 2023 las acciones proceso con corte a marzo cumplimiento de 11,54 %	
			Liderar ejercicio de autoevaluación de estándares de acreditación y documentación del respectivo plan de mejoramiento.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	15/02/2023	31/03/2023	Convocando a los equipos de trabajo de cada grupo de estándares, calificando cada variable, obteniendo resultado consolidado, socializando y definiendo las acciones para mejorar la calificación y permita el cumplimiento de los requisitos.	1	6,29	1,00	100%	6	6	6	Para la vigencia 2023, se estándares de acreditación c definidos para tal fin, obtenier	
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del 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 las autoevaluaciones.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. de estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Socializar resultado del ejercicio de autoevaluación de estándares de acreditación a los grupos de estándares y sus equipos de trabajo.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	31/03/2023	Comunicando a los integrantes de cada grupo de estándares y sus equipos de trabajo, el resultado de la autoevaluación, para la documentación y desarrollo de los respectivos planes de mejoramiento.	1	4,29	1,00	100%	4	4	4	Se realizo priorización y p estándares con calificación definidas para tal fin serán abril del año 2023	
			Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento de estándares de acreditación y socializar resultado en reunión de comité interno.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	30/12/2023	Realizando seguimiento trimestral al plan de mejoramiento, socializando en comité interno los resultados para la toma de decisiones que garanticen el cumplimiento de lo programado.	3	39,00	3,00	100%	39	39	39	Para el primer trimestre 2022 mejoramiento definidos en su no se han realizado seguimie	
			Realizar junto a equipo interdisciplinario visitas In situ a los diferentes servicios para verificar cumplimiento de criterios de habilitación y definir oportunidades de mejora.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/02/2023	30/12/2023	Realizando visita periódica (mensual) a los servicios e instalaciones del Hospital, verificando el cumplimiento de los criterios de habilitación e identificando oportunidades de mejoras para emprender las acciones correspondientes.	11	47,43	11,00	100%	47	47	47	Se han realizado 3 rondas de hospitalización, identificando componente de infraestructura reportadas mediante formula recursos físicos para su int enero 19, febrero 12, marzo	
			Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	30/12/2023	Realizar seguimiento trimestral a la formulación y cumplimiento de planes de mejoramiento definidos como resultado de las visitas in situ, auditorías internas y externas sobre criterios de habilitación. Además, socializando en comité interno, los resultados para la toma de decisiones que garanticen el cumplimiento de los requisitos.	3	39,00	3,00	100%	39	39	39	de acuerdo a plan de me auditoría externa el pasado r Salud total, se definieron 13 a a marzo el cumplimiento de e	

Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% en la percepción de seguridad	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Desarrollar programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA PACIENTE SEGURO	2/01/2023	31/12/2023	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2023. Además desarrollando los distintos componente del programa, incluyendo el análisis y la gestión de los incidentes y eventos adversos.	1	51,86	1,00	100%	52	52	52	La líder del programa cronograma de actividades identificándose un total de contando con la participación la institución
			Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	GESTIÓN DE CALIDAD	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48	48	Para este corte de trimestre donde pudiésemos participar
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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 CALIDAD	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	1,00	100%	48	48	48	Se ha realizado una actividad vigencia, con un avance del 4
			Verificar el cumplimiento del plan de trabajo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	20/12/2023	Evaluando trimestralmente el cumplimiento del programa y la ejecución de las actividades planteadas para la vigencia 2023.	3	37,57	2,85	95%	36	36	38	Para la vigencia 2023 se proyectuales a marzo se ha ejecut del 4%
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Realizar seguimiento a los mapas de riesgos y evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecidas.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	30/12/2023	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos.	3	39,00	2,87	96%	37	37	39	se realizo seguimiento al n alcanzando un avance en co 75%
			Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	1,00	100%	52	52	52	se formulo el mapa de riesg 2023 de acuerdo al me MANUAL ADMÓN DEL RIE 07-2018
			Desarrollar actividades de promoción de la cultura de administración de Riesgos en el Hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/02/2023	30/12/2023	Definir y desarrollar una actividad semestral donde se promueva a las áreas la importancia de la gestión de riesgo y se oriente sobre la metodología de administración de los mismos.	2	47,43	2,00	100%	47	47	47	No se ha iniciado
			Diligenciar autodiagnóstico de gestión Plan Anticorrupción y desarrollar plan de implementación.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión Plan Anticorrupción establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43	43	Se diligenció el autodiagnósi Anticorrupción, está pendiente de mejora frente a su implem
Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Cumplir en la vigencia mínimo un promedio del 80% las metas en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Promedio del cumplimiento obtenido en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Realizar seguimiento al plan de Austeridad de la vigencia 2023 y evaluar el cumplimiento del componente ambiental.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	20/12/2023	Verificando el cumplimiento del componente ambiental del Plan de Austeridad y generando informes cuatrimestrales.	3	37,57	3,00	100%	38	38	38	Se realizo verificación de de marzo no tiene avances actividades, y los consumos 1
Implementar la dimensión de Información y Comunicación	En la vigencia 2023 obtener en la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación" un puntaje igual o superior a 80	Índice de dimensión de gestión y desempeño "Información y Comunicaciones"	Diligenciar autodiagnóstico de la política de trámites y desarrollar plan de implementación.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de la política de trámites establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43	43	Se diligenció el autodiagnósi trámites, está pendiente for mejora frente a su implement
Fortalecer la implementación de las políticas de Gobierno y Seguridad Digital	Al cierre de 2023 obtener en la política de gestión y desempeño "Gobierno Digital" un puntaje igual o superior a 68,8.	Índice de política de gestión y desempeño "Gobierno Digital"	Publicar los conjuntos de datos abiertos estratégicos del Hospital en el catálogo de datos del Estado Colombiano.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/04/2023	Publicar en el catálogo de datos del Estado Colombiano www.datos.gov.co, los conjuntos de datos abiertos estratégicos del Hospital. Además habilitar enlace desde la página web del Hospital.	1	8,57	0,50	50%	4	4	9	no se ha iniciado
Fortalecer la cultura de humanización en el Hospital	Al cierre de 2023, obtener porcentaje >75% en la 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	1/03/2023	30/12/2023	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia.	1	43,43	1,00	100%	43	43	43	La líder del programa cronograma de actividades, desarrollar en la vigencia
			Medir percepción de humanización de pacientes familia y colaboradores y analizar resultados	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO, COORDINADORA PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN	2/01/2023	30/12/2023	Aplicando mecanismo de evaluación de percepción de humanización y analizando el resultado.	1	51,71	0,78	100%	52	52	52	No ha iniciado

Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	En cada vigencia obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos	(Número de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Diligenciar autodiagnóstico de gestión de la política de participación ciudadana y desarrollar Plan de implementación.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión de la política de participación ciudadana establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43	43	Se diligenció el autodiagnóstico de participación ciudadana, desarrollar plan de mejora
			Definir y realizar seguimiento al Plan de la Política de Participación Social en Salud de la vigencia.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/03/2023	30/12/2023	Definiendo según normatividad el Plan de la Política de Participación Social en Salud de la Vigencia y realizar seguimiento con su respectivo reporte en el aplicativo PISCIS.	2	43,43	2,00	100%	43	43	43	Se formulo el plan de participación ciudadana en proceso la trabajadora social, el cargo al aplicativo PIC establecidos, la evidencias documentos.
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	Realizar seguimiento y evaluación trimestral a los Planes de Mejoramiento.	GESTIÓN DE CALIDAD	PROFESIONAL DE APOYO OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	1/04/2023	30/12/2023	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	39,00	3,00	100%	39	39	39	De acuerdo a plan de m auditoría externa el pasado r Salud total, se defmieron 13 e a marzo el cumplimiento de e
			Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	GESTIÓN DE CALIDAD	JEFE OFICINA DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	3,00	100%	52	52	52	De las 13 acciones definid derivado de auditoría externa las acciones planteadas
<b>TOTALES</b>										<b>1057,14</b>	<b>54,00</b>	<b>25,41</b>	<b>1049,29</b>	<b>1049,29</b>	<b>1057,14</b>	
promedio cumplimiento										<b>97,7%</b>						

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5	SEGUIMIENTO 8
MEJORADO (100%)	5	8	4	22
IMPLEMENTADO (70%)	3	5	22	3
DESARROLLADO (40%)	3	9	0	0
DISENADO (10%)	8	3	0	1
NO HA INICIADO (0%)	7	1	0	0
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>26</b>

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	19%	31%	15%	85%
IMPLEMENTADO	12%	19%	85%	12%
DESARROLLADO	12%	35%	0%	0%
DISENADO	31%	12%	0%	4%
NO HA INICIADO	27%	4%	0%	0%

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

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

SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4			
31/03/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:	
ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	
Los trabajos de inicio de ejecución primer de área administrativa esta en proceso. Los trabajos que quedaron radicados en in novedades para ajustes o los mismos.	MEJORADO		Para el segundo trimestre se lleva una ejecución del proyecto pabellón de agudos del 20,22% en obra y en cuanto a recursos financieros se giro anticipo de 50%. Para los demás proyectos no hay novedades	MEJORADO		Para el tercer trimestre se lleva una ejecución del proyecto pabellón de agudos del 47% en obra. Esta en proceso de revisión y aprobación el proyecto de zona administrativa. Los demás proyectos no tienen novedades	IMPLEMENTADO		Para el tercer trimestre se lleva una ejecución del proyecto pabellón de agudos del 61% en obra. Esta en proceso de revisión y aprobación el proyecto de zona administrativa. Los demás proyectos no tienen novedades	MEJORADO		
Se reanuda la estrategia para el mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se socializo mediante un video en el mes de junio el alcance, objetivos, organigrama, responsabilidades del sistema de gestión de calidad y la formas de identificación de riesgos, evaluación auditorias y seguimientos que generan oportunidades de mejora y fortalecen la cultura de mejoramiento continuo	MEJORADO		para este trimestre se realizo socialización a los colaboradores de la política de calidad y la importancia dentro del sistema para el mejoramiento continuo así mismo se realizo capacitación frente al uso, elaboración, modificación y eliminación de los documentos que hacen parte del fomento a la calidad y el mejoramiento continuo	MEJORADO		para este trimestre se realizo socialización de toda la información del área de planeación y calidad los días 29 y 30 de noviembre durante las jornadas de inducción y reinducción programadas en la empresa	MEJORADO		
El plan de trabajo ISO 9001 para la vigencia de auditoria con corte a verificación de cumplimiento obteniendo un avance general	DISEÑADO		se realizo verificación de cumplimiento con corte a junio del 2023 obteniendo un avance general del 21%	IMPLEMENTADO		Para este trimestre el plan ISO 9001 obtuvo un avance general de 69%	IMPLEMENTADO		Para este trimestre el plan ISO 9001 obtuvo un avance general de 99%	MEJORADO		
El plan de trabajo ISO para las programadas a cargo del 2023 tiene un avance de	IMPLEMENTADO		se realizo verificación de cumplimiento con corte a junio del 2023 obteniendo un avance general del 21%	IMPLEMENTADO		para este periodo el área de planeación y calidad avanzo en un cumplimiento de 31% con un avance general de 63%	IMPLEMENTADO		para este periodo el área de planeación y calidad avanzo en un cumplimiento de 34% con un avance general de 100%	MEJORADO		
Se realizó autoevaluación de cada uno de los grupos dando una calificación de 3,75.	MEJORADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	IMPLEMENTADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		
Plan de mejoramiento a 16 acciones (3, 3.5), las acciones realizadas a partir del mes	MEJORADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	IMPLEMENTADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		
3 no se tenían los planes de totalidad, motivo por el cual los trimestres	NO HA INICIADO		Se realiza seguimiento trimestral a planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación de estándares de acreditación	DISEÑADO		se realizo seguimiento al plan de mejoramiento cumplimiento de estándares de un total de 45 acciones se ha cumplido con 31 lo que corresponde la 79% de cumplimiento	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al plan de mejoramiento cumplimiento de estándares de un total de 45 acciones se ha cumplido con 45 lo que corresponde la 100% de cumplimiento	MEJORADO		
Seguridad a los servicios de acciones de mejora en el área de infraestructura, acciones que son reportadas mediante formulario de notificación al área de recursos físicos para su intervención inmediata abril 19, mayo 30, junio 23	DISEÑADO		Se han realizado 3 rondas de seguridad a los servicios de hospitalización, identificando acciones de mejora en el componente de infraestructura, acciones que son reportadas mediante formulario de notificación al área de recursos físicos para su intervención inmediata abril 19, mayo 30, junio 23	DESARROLLADO		Se han realizado 3 rondas de seguridad a los servicios de hospitalización, identificando acciones de mejora en el componente de infraestructura, acciones que son reportadas mediante formulario de notificación al área de recursos físicos para su intervención inmediata julio 25 agosto 30 septiembre 29	IMPLEMENTADO		Se han realizado 3 rondas de seguridad a los servicios de hospitalización, identificando acciones de mejora en el componente de infraestructura, acciones que son reportadas mediante formulario de notificación al área de recursos físicos para su intervención inmediata octubre 30 noviembre 30 diciembre 14	MEJORADO		
Mejoramiento derivado de las acciones de febrero por la EAPB las acciones a realizar, con corte a junio es del 28%.	DISEÑADO		De acuerdo a plan de mejoramiento derivado de auditoria externa el pasado mes de febrero por la EAPB Salud total, se definieron 13 acciones a realizar, con corte a junio el cumplimiento de estas es del 52%.	DESARROLLADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado el 75% de las acciones planteadas	IMPLEMENTADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado 13 lo que corresponde al 100% del cumplimiento	MEJORADO		

paciente seguro, definido para la vigencia 2023, 20 acciones a desarrollar en las diferentes áreas de	MEJORADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO	
no se realizo convocatorias	NO HA INICIADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%	DESARROLLADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%, incluidas las actividades de lavado de manos donde participa el personal administrativo	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 20 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%, incluidas las actividades de lavado de manos donde participa el personal administrativo	MEJORADO	
3 de 28 programadas para la vigencia	DISEÑADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	MEJORADO		en el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 26 obteniendo un cumplimiento del 100%	MEJORADO	
se ejecutaron 26 acciones de las 89 programadas para la vigencia	NO HA INICIADO		Se realiza seguimiento trimestral a plan de trabajo anual y programas institucionales, evidenciándose avance en la ejecución de las mismas.	DISEÑADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas se han ejecutado 54 obteniendo un avance del 60%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	MEJORADO	
mapa de riesgo institucional conjunto de todas las áreas de	DESARROLLADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	MEJORADO	
plan institucional para la vigencia 2023, aprobada en el Consejo de Gobierno	IMPLEMENTADO		Se considera cumplido en seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO	
se ejecutaron 26 acciones de las 89 programadas para la vigencia	NO HA INICIADO		Se socializo mediante un video en el mes de junio el alcance, objetivos, organigrama, responsabilidades del sistema de gestión de calidad y la formas de identificación de riesgos, evaluación auditorias y seguimientos que generan oportunidades de mejora y se fortalece la identificación y gestión de riesgo	IMPLEMENTADO		a través de la realización de auditorias desde el área de planeación se fortalece la identificación, evolución y control de riesgos.	IMPLEMENTADO		En la jornada de reinducción e inducción se fortaleció el tema de identificación, seguimiento y control de riesgos los días 29 y 30 de noviembre	MEJORADO	
plan de gestión de riesgos	DESARROLLADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnostico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		se recibieron los resultados de la medición de desempeño para plan anticorrupción el resultado fue ( 65,2 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	
plan de austeridad con corte a la vigencia	NO HA INICIADO		se genero informe del primer cuatrimestre y se socializaron resultados en el comité realizado el 8 de junio, conforme al informe de seguimiento reportado por el jefe de control interno.	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al tercer trimestre, donde desde el área de recursos públicos se realizo una actividad de socialización para la reducción del consumo de agua, energía eléctrica, papel y combustible, con respecto a lo comparado en la vigencia 2022, se ha reducido el consumo pero los costos es decir los pagos cada periodo van en aumento por los costos de las empresa de servicios públicos, con respecto al gasto de viáticos en ninguno de los tres periodos se ha logrado reducir.	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento al plan de austeridad de la vigencia solo se cumplido la meta de disminución de resmas de papel la principal estrategia consistió en radicar las cuentas de forma virtual, las demás metas propuestas no se cumplieron ni en consumo ni reducción del valor monetario	MEJORADO	
plan de gestión de política de compras	DESARROLLADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnostico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		se recibieron los resultados de la medición de desempeño para política racionalización de tramites el resultado fue ( 37,1 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	
plan de gestión de política de compras	NO HA INICIADO		se inicio proceso de indagación y consulta frente a como proceder para realizar este reporte, apoyados por el área de gestión de compras	DISEÑADO		para este trimestre este proceso no ha presentado ningún avance adicional	IMPLEMENTADO		no se presunto avance significativo en esta acción se debe reprogramar vigencia 2024	DISEÑADO	
plan de humanización elaborado priorizando 23 acciones a desarrollar	MEJORADO		Se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplida en el seguimiento anterior	MEJORADO	
plan de humanización elaborado priorizando 23 acciones a desarrollar	NO HA INICIADO		no ha iniciado	NO HA INICIADO		para este trimestre se realizo seguimiento al programa de humanización alcanzando un avance de cumplimiento del 78%. Respecto las encuestas de satisfacción están programadas para el cuarto trimestre	IMPLEMENTADO		para este trimestre se realizo seguimiento al programa de humanización alcanzando un avance de cumplimiento del 100%. Respecto las encuestas de satisfacción están programadas para el cuarto trimestre La ENCUESTA DE SATISFACCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PARTES INTERESADAS	MEJORADO	

tico de Gestión de la política está pendiente formular y nte a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnostico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre. una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		se recibieron los resultados de la medición de desempeño para política de participación ciudadana el resultado fue ( 68.5 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	
trabajo de la política de compañía con la líder del una vez aprobado se realizo IS conforme a los tiempos reposan en la carpeta de	DISEÑADO		se realizo el primer seguimiento con corte al junio 30 con un avance de cumplimiento del 26%	DESARROLLADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con avance del 73% las evidencias reposan en la oficina de trabajo social , fisica y digital	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con avance del 100% las evidencias reposan en la oficina de trabajo social , fisica y digital	MEJORADO	
ejoramiento derivado de la mes de febrero por la EAPB acciones a realizar, con corte stas es del 26%.	DISEÑADO		De acuerdo a plan de mejoramiento derivado de la auditoria externa el pasado mes de febrero por la EAPB Salud total, se definieron 13 acciones a realizar, con corte a marzo el cumplimiento de estas es del 52%	DESARROLLADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado el 75% de las acciones planteadas	IMPLEMENTADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado 13 lo que corresponde al 100% de las acciones planteadas	MEJORADO	
is en plan de mejoramiento , se ha ejecutado el 28% de	DISEÑADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado el 52% de las acciones planteadas	DESARROLLADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado el 75% de las acciones planteadas	IMPLEMENTADO		De las 13 acciones definidas en plan de mejoramiento derivado de auditoria externa, se ha ejecutado 13 lo que corresponde al 100% de las acciones planteadas	MEJORADO	

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	1057
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	1057
Cumplimiento del plan	CPM = POMMI/PBEC	99,26%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	99,26%



VIGENCIA: 2023  
ÁREA: CONTROL INTERNO

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida					
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	1,00	100%	47	47
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%).	(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	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
			Evaluar la efectividad de las acciones de control y barreras de seguridad establecidas, a través de auditorías y seguimiento a mapas de riesgos	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	1/04/2023	30/12/2023	Evaluando el cumplimiento y efectividad de los controles y barreras de seguridad según periodicidad definida en la política de administración de riesgos a través de seguimientos; además, realizando auditorías basadas en riesgos donde se verifique la mitigación de los mismos.	1	39,00	0,96	96%	37	37
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxX 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	1/04/2023	30/12/2023	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 de 2023.	3	39,00	3,00	100%	39	39
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	Diligenciar autodiagnóstico de gestión de Control Interno y desarrollar Plan de implementación.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de Control Interno establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43
			Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley	SEGUIMIENTO Y CONTROL	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	1,00	100%	52	52

Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	En la vigencia obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos	(Número 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	2/01/2023	31/10/2023	Verificando el cumplimiento del procedimiento de PQRSF y la efectividad de la respuestas de las mismas, generando informes semestrales donde además haga referencia al número de solicitudes de acceso a información recibidas, solicitudes que fueron trasladadas a otra institución, tiempo de respuesta a cada solicitud y número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información.	2	43,14	2,00	100%	43	43
<b>TOTALES</b>									<b>410,57</b>	<b>12,87</b>	<b>8,87</b>	<b>404,56</b>	<b>404,56</b>	

promedio cumplimiento **98,6%**

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	0%	22%
IMPLEMENTADO	33%	11%	78%
DESARROLLADO	22%	56%	0%
DISEÑADO	22%	22%	0%
NO HA INICIADO	22%	11%	0%

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

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



Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1				SEGUIMIENTO 2				SEGUIMIENTO 3				SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicac
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO
47	Se verificaron las acciones a ejecutar en el primer trimestre cumpliendo con lo programado obteniendo un avance del 12,50%		IMPLEMENTADO		Realizada la verificación del segundo trimestre se obtuvo un avance del 16%		DESARROLLADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 25% y un acumulado de 59%		IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 31% y un acumulado de 100%		MEJORADO
48	para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar		NO HA INICIADO		para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar		NO HA INICIADO		se realizo desde el área de seguridad al paciente las actividades programadas entre ellas lavado de manos		MEJORADO		se realizo desde el área de seguridad al paciente las actividades programadas entre ellas lavado de manos		MEJORADO
48	Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%		DISEÑADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.		DESARROLLADO		en el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 77%		IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%		IMPLEMENTADO
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%		DESARROLLADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%		IMPLEMENTADO
39	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%		DESARROLLADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%		DESARROLLADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%		IMPLEMENTADO
39	se presento el informe con recomendaciones para mejorar los índices de gasto y poder cumplir con la reducción de indicadores.		DISEÑADO		se presento el informe con recomendaciones para mejorar los índices de gasto y poder cumplir con la reducción de indicadores.		DISEÑADO		para este trimestre se evidencio el informe presentado y radicado por control interno a la gerencia con las respectivas observación y sugerencias.		IMPLEMENTADO		para este trimestre se evidencio el informe presentado y radicado por control interno a la gerencia con las respectivas observación y sugerencias.		IMPLEMENTADO
43	Se diligenció el autodiagnóstico control interno, está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.		IMPLEMENTADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica		DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo		IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para gobierno digital el resultado fue ( 76,1 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.		MEJORADO
52	para el primer trimestre no se programaron auditorias		NO HA INICIADO		se evidencia para el seguimiento del segundo trimestre la aplicación de 2 auditorias, las cuales están en proceso de consolidación		DISEÑADO		para este trimestre se dio cierre a con cumplimiento al 100% de los planes de mejoramiento del área de contratación y área e recursos físicos. Así mismo esta en cierre la auditoria realizada al área de gestión financiera y el área ambiental sustentado por el profesional en seguridad y salud en el trabajo		IMPLEMENTADO		se da por cumplida en el periodo anterior		MEJORADO

43	se presento el informe con corte a diciembre 2022	DESARROLLADO	se presento y publico en la pagina web el informe con corte a 30 de junio Verificando el cumplimiento del procedimiento de PQRSF	IMPLEMENTADO	se da por cumplida en el periodo anterior	MEJORADO	se da por cumplida en el periodo anterior	MEJORADO
410,57								

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
5
4
0
0
0
<b>9</b>

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	411
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	411
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMVI/PBEC</b>	98,54%
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,54%

56%
44%
0%
0%
0%











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: 2023  
ÁREA: ADMISIONES-SIAU-CONSULTA EXTERNA

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
				FORMULACIÓN											
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47.43	1,00	100%	47	47	47
	Obtener una efectividad >0,90 en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad, permitiendo el aumento en la calificación en las autoevaluaciones.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación, a cargo del área.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando lo definido en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación.	1	47.43	1,00	100%	47	47	47
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando los planes de mejoramiento con cumplimiento >90%	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorías internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorías internas y externas	Participar en las visitas in situ de verificación de cumplimiento de criterios de habilitación y definir oportunidades de mejora.  Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación, a cargo del área.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Asistiendo junto a los demás integrantes del equipo interdisciplinario, a las visitas in situ para verificar el cumplimiento de criterios de habilitación e identificación de oportunidades de mejoras.	1	47.43	1,00	100%	47	47	47
			Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación, a cargo del área.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando las acciones definidas en los planes de mejoramiento sobre criterios de habilitación definidos como resultado de las visitas in situ, auditorías internas y externas.	1	47.43	1,00	100%	47	47	47
Fortalecer la ejecución de actividades extramurales de promoción y prevención en grupos sociales con mayor impacto en Salud mental, utilizando los medios tecnológicos de acuerdo a pandemia COVID-19.	Desarrollar en la 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	Definir los grupos sociales a intervenir y las actividades a desarrollar en la vigencia  Desarrollar actividades de intervención a grupos sociales definidos.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Identificando conjuntamente la población objeto para intervenir y programando las actividades de intervención definiendo el propósito en cada una de ellas para el posterior análisis.	1	47.43	1,00	100%	47	47	47
			Desarrollar actividades de intervención a grupos sociales definidos.	SERVICIOS AMBULATORIOS	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando actividades de intervención de acuerdo a lo programado y analizando el impacto de la actividad desarrollada.	12	47.43	12,00	100%	47	47	47
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47.57	1,00	100%	48	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%)	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)*K (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47.57	0,95	95%	45	45	48
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51.71	0,96	96%	50	50	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51.71	1,00	100%	52	52	52
			Diligenciar autodiagnóstico de gestión de la política de participación ciudadana y desarrollar Plan de implementación.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión de la política de participación ciudadana establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43.43	2,00	100%	43	43	43

Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	En cada vigencia obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos	(Número de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Diligenciar autodiagnóstico de gestión de la política de servicio al ciudadano y desarrollar Plan de implementación.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico gestión de la política de servicio al ciudadano establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	1	43,43	1,00	100%	43	43	43
			Definir y desarrollar el Plan de la Política de Participación Social en Salud de la vigencia.	AMBULATORIOS ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/03/2023	30/12/2023	Definiendo según normatividad el Plan de la Política de Participación Social en Salud de la Vigencia y realizar seguimiento con su respectivo reporte en el aplicativo PISCIS.	2	43,43	2,00	100%	43	43	43
			Evaluar la efectividad de los canales de atención e Implementar mejoras de acuerdo con las necesidades de los ciudadanos para garantizar cobertura.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	1/03/2023	30/12/2023	Aplicando mecanismo para evaluar la efectividad de los canales de atención.	10	43,43	10,00	100%	43	43	43
			Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados y socializar resultados.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	JEFE SERVICIOS AMBULATORIOS	2/01/2023	30/12/2023	Aplicando encuesta de satisfacción y medir el indicador de satisfacción; además, socializar el resultado en reunión de comité interno para su respectivo análisis y toma de decisiones al respecto.	12	51,71	12,00	100%	52	52	52
<b>TOTALES</b>									<b>708,57</b>	<b>47,91</b>	<b>14,91</b>	<b>704,12</b>	<b>704,12</b>	<b>708,57</b>	

promedio cumplimiento		<b>99,4%</b>			
ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES				
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5	SEGUIMIENTO 8	
MEJORADO (100%)	2	4	3	9	
IMPLEMENTADO (70%)	4	1	7	6	
DESARROLLADO (40%)	0	6	2	0	
DISEÑADO (10%)	1	1	0	0	
NO HA INICIADO (0%)	8	3	3	0	
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	
% CUMPLIMIENTO POR ESTADO					
MEJORADO	13%	27%	20%	60%	
IMPLEMENTADO	27%	7%	47%	40%	
DESARROLLADO	0%	40%	13%	0%	
DISEÑADO	7%	7%	0%	0%	
NO HA INICIADO	53%	20%	20%	0%	

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

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

SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:
AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES
se realizo seguimiento para este primer trimestre logrando un avance del 12,50%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al 30 de junio evidenciando un avance del 15%	DESARROLLADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 21% y un acumulado de 53%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 39% y un acumulado de 100%	MEJORADO	
Para el corte marzo no se han definido planes de mejora. En proceso de autoevaluación de estándares	NO HA INICIADO		Con corte a junio se han desarrollado 12 acciones de las 45 programadas para la vigencia y un equivalente de 16 estándares priorizados de acuerdo a la autoevaluación realizada por la institución, arrojando así un 27% de ejecución	DISEÑADO		Con corte a junio se han desarrollado 31 acciones de las 45 programadas para la vigencia y un equivalente de 16 estándares priorizados de acuerdo a la autoevaluación realizada por la institución, arrojando así un 87% de ejecución	DESARROLLADO		Con corte a diciembre se desarrollaron 45 acciones programadas para la vigencia, para un 100% de cumplimiento.	MEJORADO	
Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción	MEJORADO	
Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción	MEJORADO	
Se realizo comité de vigilancia epidemiológica el día 24-01-2023 donde se definió el numero de actividades y población a intervenir	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO	
El día 24-02-2023 se realizó actividad con la universidad de Ibagué en las instalaciones del HEGI	NO HA INICIADO		Para el segundo trimestre 2023 se desarrollaron 5 actividades a grupos sociales en las fechas: 04 de mayo (1), 18 de mayo (2), 26 de mayo (1) y 21 de junio (1), para un 50% de cumplimiento	DESARROLLADO		Para el tercer trimestre 2023 se desarrollaron 10 actividades a grupos sociales de las 12 programadas para la vigencia 2023.	IMPLEMENTADO		Para el cuarto trimestre 2023 se desarrollaron 12 actividades a grupos sociales de las 12 programadas para la vigencia 2023.	MEJORADO	
Se han ejecutado 3 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 15%	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%	DESARROLLADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%	DESARROLLADO		Se ejecutaron 20 acciones programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%	MEJORADO	
Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 28 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 71%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	IMPLEMENTADO	
se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	MEJORADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	IMPLEMENTADO	
Se acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento con 8 acciones, de las cuales a marzo se han cumplido en un 31% (50% - 0% - 50% - 0% - 0% - 50% - 50% - 50%)	DISEÑADO		Se acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento con 8 acciones, de las cuales a junio se han cumplido en un 56% (50% - 0% - 100% - 0% - 0% - 100% - 100% - 100%)	DESARROLLADO		Se acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento con 8 acciones, de las cuales a septiembre se han cumplido en un 75 (100% - 100% - 100% - 0% - 0% - 0% - 100% - 100% - 100%)	MEJORADO		Se acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento con 8 acciones, de las cuales a diciembre se cumplió en un 75 (100% - 100% - 100% - 0% - 0% - 100% - 100% - 100%)	IMPLEMENTADO	
No aplica para el seguimiento a marzo	NO HA INICIADO		Se realizo autodiagnóstico el 21 de abril con participación de la coordinadora de servicios ambulatorios y la oficina de planeación y calidad	MEJORADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los items no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para política de participación ciudadana el resultado fue ( 68,5 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	

No aplica para el seguimiento a marzo	NO HA INICIADO		Se realizo autodiagnóstico el 21 de abril con participación de la coordinadora de servicios ambulatorios y la oficina de planeación y calidad	MEJORADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para política servicio al ciudadano el resultado fue ( 62 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	IMPLEMENTADO	
No aplica para el seguimiento a marzo	NO HA INICIADO		Se realizo autodiagnóstico el 26 de abril con participación de la coordinadora de servicios ambulatorios y la oficina de planeación y calidad	DESARROLLADO		se considera cumplido en el seguimiento anterior	MEJORADO		se considera cumplido en el seguimiento anterior	MEJORADO	
No aplica para el seguimiento a marzo	NO HA INICIADO		No se evidencia avance para el trimestre evaluado	NO HA INICIADO		no aplica para este trimestre esta programado para el cuarto trimestre	NO HA INICIADO		se aplico mecanismo de autodiagnóstico y se evaluó a través de acta remitida por la jefe de servicio ambulatorio la efectividad de los canales de atención. Analizando los resultados de las encuestas aplicadas en los diferentes servicios donde se evalúan estos canales de atención	IMPLEMENTADO	
Se han aplicado 386 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción	MEJORADO		Se han aplicado un total de 775 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción	DESARROLLADO		Se han aplicado un total de 1168 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción	IMPLEMENTADO		Se aplicaron un total de 1588 encuestas de satisfacción a usuarios de consulta externa y hospitalización para un 100% de satisfacción	MEJORADO	

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	709
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	709
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	99,37%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	99,37%



VIGENCIA: 2023  
ÁREA: HOSPITALIZACIÓN

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida					
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,95	95%	45	45
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del 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 aumento en la calificación en las autoevaluaciones.	No estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación, a cargo del área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando lo definido en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación.	1	47,43	1,00	100%	47	47
	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando los planes de mejoramiento con cumplimiento >90%	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas	Participar en las visitas Insitu de verificación de cumplimiento de criterios de habilitación y definir oportunidades de mejora.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	1/02/2023	30/12/2023	Asistiendo junto a los demás integrantes del equipo interdisciplinario, a las visitas in situ para verificar el cumplimiento de criterios de habilitación e identificación de oportunidades de mejoras.	1	47,43	1,00	100%	47	47
Fortalecer la cultura de seguridad de paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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.	HOSPITALIZACIÓN	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
			Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación, a cargo del área.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando las acciones definidas en los planes de mejoramiento obre criterios de habilitación definidos como resultado de las visitas insitu, auditorias internas y externas.	1	47,43	1,00	100%	47	47
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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.	HOSPITALIZACIÓN	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	HOSPITALIZACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorias internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	1,00	100%	52	52
<b>TOTALES</b>										<b>388,29</b>	<b>7,86</b>	<b>7,86</b>	<b>381,47</b>	<b>381,47</b>

promedio cumplimiento **98,3%**

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES		
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5
MEJORADO (100%)	0	1	1
IMPLEMENTADO (70%)	2	2	2
DESARROLLADO (40%)	0	2	3

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

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

DISEÑADO (10%)	1	1	0
NO HA INICIADO (0%)	5	2	2
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	13%	13%
IMPLEMENTADO	25%	25%	25%
DESARROLLADO	0%	25%	38%
DISEÑADO	13%	13%	0%
NO HA INICIADO	63%	25%	25%

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1				SEGUIMIENTO 2				SEGUIMIENTO 3				SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:		Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicac
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS		ESTADO
47	Se realizo seguimiento al primer trimestre obteniendo un avance de cumplimiento de 10%		IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al 30 de junio evidenciando un avance del 14%		IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 20% y un acumulado de 50%		IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 41% y un acumulado de 95%		MEJORADO
47	Para el corte marzo no se han definido planes de mejora. En proceso de autoevaluación de estándares		NO HA INICIADO		Con corte a junio se han desarrollado 12 acciones de las 45 programadas para la vigencia y un equivalente de 16 estándares priorizados de acuerdo a la autoevaluación realizada por la institución, arrojando así un 27% de ejecución		DISEÑADO		Con corte a septiembre se han desarrollado 31 acciones de las 45 programadas para la vigencia y un equivalente de 16 estándares priorizados de acuerdo a la autoevaluación realizada por la institución, arrojando así un 87% de ejecución		DESARROLLADO		Con corte a diciembre se desarrollaron 45 acciones programadas para la vigencia, para un 100% de cumplimiento.		MEJORADO
47	Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción		MEJORADO
47	Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación		NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción		MEJORADO
48	Se han ejecutado 3 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 15%		NO HA INICIADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%		DESARROLLADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%		DESARROLLADO		Se ejecutaron 20 acciones programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%		MEJORADO
48	Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%		NO HA INICIADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.		DESARROLLADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 66 obteniendo un avance del 71%		DESARROLLADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%		
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%		IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%		IMPLEMENTADO
52	De acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento priorizando 1 acción, la cual lleva un cumplimiento del 33%		DISEÑADO		De acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento priorizando 1 acción, la cual lleva un cumplimiento del 100%		MEJORADO		De acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento priorizando 1 acción, la cual lleva un cumplimiento del 100%		MEJORADO		Actividad que se considera cumplida en seguimiento anterior		MEJORADO
388,29															

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
6
1
0

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	388
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	388
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMVI/PBEC</b>	98,24%

0
0
7

86%
14%
0%
0%
0%

Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,24%
---------------------------------	----------------------	--------







VIGENCIA: 2023  
ÁREA: REHABILITACIÓN

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Po)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida					
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	REHABILITACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,96	96%	46	46
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del 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 aumento en la calificación en las autoevaluaciones.	No. estándares cumplidos del plan de mejoramiento de acreditación / No. estándares programados (priorizados) en el plan de mejoramiento de acreditación	Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación, a cargo del área.	REHABILITACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando lo definido en los planes de mejoramiento de estándares de acreditación.	1	47,43	1,00	100%	47	47
	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando los planes de mejoramiento con cumplimiento >90%	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorias internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorias internas y externas	Participar en las visitas Insitu de verificación de cumplimiento de criterios de habilitación y definir oportunidades de mejora.	REHABILITACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	1/02/2023	30/12/2023	Asistiendo junto a los demás integrantes del equipo interdisciplinario, a las visitas in situ para verificar el cumplimiento de criterios de habilitación e identificación de oportunidades de mejoras.	1	47,43	1,00	100%	47	47
			Desarrollar las acciones definidas en los planes de mejoramiento sobre requisitos de habilitación, a cargo del área.	REHABILITACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando las acciones definidas en los planes de mejoramiento obre criterios de habilitación definidos como resultado de las visitas insitu, auditorias internas y externas.	1	47,43	1,00	100%	47	47
	Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laboroterapia e inclusión educativa.	El 100% de pacientes que ingresan al programa de rehabilitación realicen actividades de laboroterapia e inclusión educativa.	Pacientes que recibieron formación (laboroterapia y/o educación) dentro del programa de rehabilitación / Pacientes Ingresados al Programa de Rehabilitación.	Definir y desarrollar proyectos productivos de laboroterapia con pacientes hospitalizados.	COMITÉ GRANJA	INTEGRANTES DEL COMITÉ	1/02/2023	31/12/2023	Definiendo los proyectos a desarrollar teniendo en cuenta todos los aspectos para la ejecución del mismo, incluyendo el propósito y aporte en la rehabilitación del paciente. Además, ejecutando los proyectos lo según lo programado.	2	47,57	2,00	100%	48
Suscribir convenios de programas de educación a pacientes hospitalizados e implementarlos de acuerdo a lo programado.				REHABILITACIÓN	COORDINADOR MÉDICO	1/02/2023	31/12/2023	Gestionando, suscribiendo, programando y desarrollando capacitación a pacientes del programa de rehabilitación, en temas que aporten a la ejecución de proyectos productivos u otros que le permita su reincorporación a la sociedad.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura de seguridad de paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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.	REHABILITACIÓN	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	REHABILITACIÓN	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	REHABILITACIÓN	COORDINADOR ASISTENCIAL	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50

Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	COORDINADOR ASISTENCIAL	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	1,00	100%	52	52
<b>TOTALES</b>									<b>483,43</b>	<b>10,87</b>	<b>9,87</b>	<b>477,08</b>	<b>477,08</b>	

promedio cumplimiento **98,7%**

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	20%	40%	20%
IMPLEMENTADO	40%	10%	50%
DESARROLLADO	0%	20%	0%
DISEÑADO	0%	0%	0%
NO HA INICIADO	40%	30%	30%

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	
47	se realizo seguimiento al primer trimestre alcanzando un avance de 12,50	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al 30 de junio evidenciando un avance del 17%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO9001 arroja un avance de 25% y un acumulado de 55%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO9001 arroja un avance de 41% y un acumulado de 96%	MEJORADO	
47	Para el corte marzo no se han definido planes de mejora. En proceso de autoevaluación de estándares	NO HA INICIADO		No se establecido plan de mejoramiento de estándares para la presente vigencia, por ende se considera mejorado	MEJORADO		del plan de mejoramiento PAMEC de 45 actividades o hallazgos identificados se han cumplido 31 actividades alcanzando un avance 87%	IMPLEMENTADO		Con corte a diciembre se desarrollaron 45 acciones programadas para la vigencia, para un 100% de cumplimiento.	MEJORADO	
47	Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción	MEJORADO	
47	Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación	NO HA INICIADO		Para la vigencia 2023 la institución no ha recibido visitas de habilitación, motivo por el cual se considera cumplida la acción	MEJORADO	
48	Para la vigencia 2023 se definieron los proyectos productivos a desarrollar: Avicultura (pollos de engorde y ponedora) Porcicultura (cerdos de engorde y cría) Ganadería (leche y carne) Agricultura (huertas, elaboración de compostaje, mantenimiento de zonas verdes)	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO	
48	La institución ha desarrollado formación teórico practica a través del SENA agricultura y manipulación de alimentos	MEJORADO		La institución ha desarrollado formación teórico practica a través del SENA agricultura, manipulación de alimentos, manejo de archivo, mitigación de adaptación al cambio climático	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO		Se considera mejorado en seguimiento anterior	MEJORADO	
48	Se han ejecutado 3 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 15%	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%	DESARROLLADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%, incluida la actividad de lavado de manos a todo el personal	IMPLEMENTADO		Se ejecutaron 20 acciones programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%	MEJORADO	
48	Se ha realizado una actividad de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	DESARROLLADO		en el seguimiento para este periodo de las 28 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 71%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	IMPLEMENTADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	MEJORADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	IMPLEMENTADO	

52	De acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento priorizando 1 acción, la cual no se ha cumplido a corte marzo de 2023	NO HA INICIADO		De acuerdo a auditoria realizada por EAPB en el mes de febrero, se realizo plan de mejoramiento priorizando 1 acción, la cual no se ha cumplido a corte junio de 2023	NO HA INICIADO		no ha cumplido el reporte de indicadores de UAICA por lo tanto se considera que no ha iniciado para este trimestre	NO HA INICIADO		Se realizo reporte de acuerdo a los indicadores establecidos en el cuadro de mando de indicadores	IMPLEMENTADO
----	---	----------------	--	---	----------------	--	--	----------------	--	---	--------------

483,43

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
7
3
0
0
0
<b>10</b>

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	483
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	483
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMV/PBEC</b>	98,69%
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,69%

70%
30%
0%
0%
0%







VIGENCIA: 2023  
ÁREA: APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

FORMULACIÓN														
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,96	96%	46	46
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	PERSONAL DEL ÁREA	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorias internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras	1	51,71	1,00	100%	52	52
<b>TOTALES</b>										<b>246,00</b>	<b>4,87</b>	<b>4,87</b>	<b>239,66</b>	<b>239,66</b>

promedio cumplimiento **97,4%**

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	20%	0%
IMPLEMENTADO	40%	40%	80%
DESARROLLADO	0%	20%	0%
DISEÑADO	20%	0%	0%
NO HA INICIADO	40%	20%	20%

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	
47	se realizo seguimiento a metas del primer trimestre logrando un avance del 13%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al 30 de junio evidenciando un avance del 17%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 25% y un acumulado de 55%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 41% y un acumulado de 96%	MEJORADO	
48	Se han ejecutado 3 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 15%	DISEÑADO		Se han ejecutado 8,5 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 43%	DESARROLLADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%, entre las cuales se realizo la actividad de lavado de manos donde se	IMPLEMENTADO		Se ejecutaron 20 acciones programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%	MEJORADO	
48	Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	NO HA INICIADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 28 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 71%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	MEJORADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	MEJORADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	IMPLEMENTADO	
52	Para el corte marzo 2023 no se han identificado acciones de mejoramiento	NO HA INICIADO		Para el corte junio de 2023 no se han identificado acciones de mejoramiento	NO HA INICIADO		Para el corte septiembre de 2023 no se han identificado acciones de mejoramiento	NO HA INICIADO		Se realizo reporte de acuerdo a los indicadores establecidos en el cuadro de mando de indicadores	DESARROLLADO	
<b>246,00</b>												

SEGUIMIENTO 8
3
1
1
0
0
5

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	246
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	246
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	97,42%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	97,42%

60%
20%
20%
0%
0%



ción:	
COMENTARIOS / OBSERVACIONES	





VIGENCIA: 2023  
ÁREA: INFORMATICA Y GESTIÓN DOCUMENTAL

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida					
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,99	99%	47	47
Fortalecer la cultura de seguridad de paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
Implementar la dimensión de Información y Comunicación	Al cierre de 2023 obtener en la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación" un puntaje igual o superior a 80.	Índice de dimensión de gestión y desempeño "Información y Comunicaciones"	Diligenciar autodiagnóstico y desarrollar Plan de implementación de la política de transparencia y acceso a la información.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de la política de gobierno digital establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43
			Diligenciar autodiagnóstico y desarrollar Plan de implementación de la política de gestión documental.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL			Diligenciando el formato de autodiagnóstico de la política de gobierno digital establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	17,29	2,00	100%	17	17
			Fortalecer la página web del Hospital habilitando recursos que permita el acceso a la información a la población con discapacidad.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/06/2023	Habilitar La Entidad cuenta con recursos en su página web para permitir el acceso a la información a la población con discapacidad.	1	17,29	1,00	100%	17	17
Fortalecer la implementación de las	Al cierre de 2023 obtener en la política de gestión y desempeño "Gobierno Digital" un puntaje igual o superior a 88,8.	Índice de política de gestión y desempeño "Gobierno Digital"	Diligenciar autodiagnóstico y desarrollar Plan de implementación de la política gobierno digital.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de la política de gobierno digital establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43
			Realizar reinducción sobre el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI).	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/04/2023	Sometiendo a aprobación el documento de Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI) y socializando al personal del HeGI para su aplicación.	1	8,57	1,00	100%	9	9

políticas de Gobierno y Seguridad Digital			Socializar el MANUAL GESTIÓN DE TECNOLOGÍA MAN-GI-002.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/04/2023	Actualizando el MANUAL GESTIÓN DE TECNOLOGÍA MAN-GI-002 en relación al procedimiento de gestión de tecnologías de la información (TI) del Hospital y otros aspectos.	1	8,57	1,00	100%	9	9
	Al cierre de 2023 obtener en la política de gestión y desempeño "Seguridad Digital" un puntaje igual o superior a 69,8.	Índice de política de gestión y desempeño "Seguridad Digital"	Desarrollar actividades donde se promueva la aplicación de la política de seguridad y privacidad de la información adoptada por el Hospital.	GESTIÓN TICS	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	1/03/2023	30/09/2023	Definiendo y desarrollando actividades que permita dar a conocer la política de seguridad y privacidad de la información del Hospital y promueva su aplicación.	1	30,43	1,00	100%	30	30
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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	LÍDER ÁREA SISTEMAS Y GESTIÓN DOCUMENTAL	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras	1	51,71	1,00	100%	52	52
<b>TOTALES</b>										<b>415,00</b>	<b>0,00</b>	<b>11,90</b>	<b>410,08</b>	<b>410,08</b>

promedio cumplimiento **99,2%**

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES		
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5
MEJORADO (100%)	0	3	4
IMPLEMENTADO (70%)	7	4	7
DESARROLLADO (40%)	1	3	0
DISEÑADO (10%)	2	0	0
NO HA INICIADO (0%)	2	2	1
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

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

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicac
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	
47	Se realizo verificación del primer trimestre logrando un avance en la actividades de 8,33%	IMPLEMENTADO		Se realizo verificación del segundo trimestre logrando un avance en la actividades de 16%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 35% y un acumulado de 67%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 27% y un acumulado de 99%	MEJORADO	
48	Para este corte de trimestre no se realizo convocatorias donde pudiésemos participar	NO HA INICIADO		Para este corte de trimestre no se realizo convocatorias donde pudiésemos participar	NO HA INICIADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%.incluidas las actividades de participación de lavado de manos área administrativa	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 20 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%.incluidas las actividades de participación de lavado de manos área administrativa	MEJORADO	
48	Se participa de forma activa en las actividades convocadas por stt. Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	MEJORADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	MEJORADO	
43	Se diligenció el autodiagnóstico de Política de gobierno digital está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para gobierno digital el resultado fue ( 79,2 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024, para este corte el resultado de la política fue condensado con seguridad digital	MEJORADO	
17	Se diligenció el autodiagnóstico de Política de gobierno digital está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para gobierno digital el resultado fue ( 79,2 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024, para este corte el resultado de la política fue condensado con seguridad digital	MEJORADO	
17	En la pagina web se evidencia la promulgación de la información institucional acompañada de interprete de señas	IMPLEMENTADO		En la pagina web se evidencia la promulgación de la información institucional acompañada de interprete de señas	IMPLEMENTADO		En la pagina web se evidencia la promulgación de la información institucional acompañada de interprete de señas de forma permanente	MEJORADO		En la pagina web se evidencia la promulgación de la información institucional acompañada de interprete de señas de forma permanente	MEJORADO	
43	Se diligenció el autodiagnóstico de Política de gobierno digital está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DESARROLLADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	DESARROLLADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para gobierno digital el resultado fue ( 79,2 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024, para este corte el resultado de la política fue condensado con seguridad digital	MEJORADO	
9	Esta publicado de forma permanente en la pagina web y se realizara recordéis de Información próximo trimestre	IMPLEMENTADO		Esta publicado de forma permanente en la pagina web y actualizado, se realizo tip de recordación a través del wasap grupo de colaboradores el 29 de junio.	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO	

9	Esta publicado de forma permanente en la pagina web y actualizado	IMPLEMENTADO		Esta publicado de forma permanente en la pagina web y actualizado, se realizo tip de recordación a través del wasap grupo de colaboradores el 22 de junio.	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO
30	Esta publicado de forma permanente en la pagina web y se realizara recordéis de información	IMPLEMENTADO		Esta publicado de forma permanente en la pagina web, para este trimestre se socializo pldora informativa el pasado 21 de junio via wasap grupo de colaboradores	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO		la publicaciones permanece vigentes en la pagina web	MEJORADO
52	En esta área no se han realizado auditorias, este trimestre no están pendientes planes de mejoramiento de vigencias anteriores.	NO HA INICIADO		En esta área no se han realizado auditorias, este trimestre no están pendientes planes de mejoramiento de vigencias anteriores.	NO HA INICIADO		En esta área no se han realizado auditorias, este trimestre no están pendientes planes de mejoramiento de vigencias anteriores.	NO HA INICIADO		En esta área no se han realizado auditorias, este trimestre no están pendientes planes de mejoramiento de vigencias anteriores. Por lo anterior se considera cumplida esta acción	MEJORADO

415,00

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
12
0
0
0
0
12

100%
0%
0%
0%
0%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	415
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	415
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMVI/PBEC</b>	98,81%
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,81%






**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:** 2023  
**ÁREA:** RECURSOS FÍSICOS

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	FORMULACIÓN				CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	
				QUIÉN		CUÁNDO									
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,96	96%	46	46	
Fortalecer la efectividad del mejoramiento continuo según requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Cumplir con los criterios de habilitación según normatividad vigente, desarrollando los planes de mejoramiento con cumplimiento >90%	No. de hallazgos de habilitación subsanados, derivados de auditorías internas y externas / No. de hallazgos de habilitación identificados en auditorías internas y externas	Establecer y ejecutar el plan de mantenimiento de la vigencia	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2/01/2023	31/12/2023	Documentando el plan, expidiendo resolución de adopción y ejecutando las actividades según lo programado, con el fin de contar con instalaciones adecuadas según criterios de habilitación y equipos en buen estado.	2	51,86	1,53	77%	40	40	
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% en la percepción de seguridad	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro asignadas al área.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48	
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80.8%) .	(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 FÍSICOS	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45	
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50	
Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Cumplir en la vigencia mínimo un promedio del 80% las metas en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Promedio del cumplimiento obtenido en el componente ambiental del Plan de Austeridad.	Desarrollar las acciones del componente ambiental del Plan de Austeridad de la vigencia 2023.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	1/04/2023	20/12/2023	Desarrollando actividades orientadas a promover el uso adecuado de los recursos naturales y servicios públicos, de acuerdo a las acciones definidas en el componente ambiental del Plan de Austeridad de la vigencia.	1	37,57	1,00	100%	38	38	
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ÁREA RECURSOS FÍSICOS	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras	1	51,71	1,00	100%	52	52	
<b>TOTALES</b>									<b>335,43</b>	<b>7,40</b>	<b>6,64</b>	<b>316,90</b>	<b>316,90</b>		
promedio cumplimiento											<b>94,8%</b>				
<b>ESTADO</b>											<b>CANTIDAD DE ACCIONES</b>				
											<b>SEGUIMIENTO 1</b>	<b>SEGUIMIENTO 2</b>	<b>SEGUIMIENTO 5</b>		
MEJORADO (100%)											0	1	1		
IMPLEMENTADO (70%)											5	4	5		

DESARROLLADO (40%)	0	1	1
DISEÑADO (10%)	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	1	1	0
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	14%	14%
IMPLEMENTADO	71%	57%	71%
DESARROLLADO	0%	14%	14%
DISEÑADO	14%	0%	0%
NO HA INICIADO	14%	14%	0%

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	
47	se realizo seguimiento a primer trimestre logrando un avance en las actividades del plan de 15,63%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento a segundo trimestre logrando un avance en las actividades del plan de 18%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance del 25% de y un acumulado de 53%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance del 29% de y un acumulado de 96%	MEJORADO	
52	La resolución de adopción es la # 007 del de enero del 2023, se cuentan con contratos vigentes para el mantenimiento e instalación de equipos biomédico entre otros	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al plan de mantenimiento con corte al segundo trimestre obtenido un avance del 61%	MEJORADO		para este seguimiento y teniendo en cuenta el objeto de la actividad a partir de este trimestre esta actividad se denominara como seguimiento al cronograma de las actividades del plan de mantenimiento , para este corte lleva un avance de cumplimiento del 77%	IMPLEMENTADO		para este seguimiento y teniendo en cuenta el objeto de la actividad a partir de este trimestre esta actividad se denominara como seguimiento al cronograma de las actividades del plan de mantenimiento , para este corte lleva un avance de cumplimiento del 95,71%	MEJORADO	
48	Se participo en las Rondas de seguridad mes de febrero	DISEÑADO		Se participo en las Rondas de seguridad en el segundo trimestre de acuerdo a la solicitud de la líder de área	DESARROLLADO		se participo en rondas de seguridad y además de ello se recibieron solicitudes del área de seguridad al paciente en los formatos establecidos durante el trimestre Así mismo se realizo la actividad de lavado de manos .	IMPLEMENTADO		se participo en rondas de seguridad y además de ello se recibieron solicitudes del área de seguridad al paciente en los formatos establecidos durante el trimestre así : OCTUBRE 29, NOVIEMBRE 45 , DICIEMBRE 35 .	MEJORADO	
48	se participa activamente de acuerdo a lo convocado, Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 66 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	MEJORADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	MEJORADO	
38	Para este primer trimestre no se han realizado avances	NO HA INICIADO		Para este primer trimestre no se han realizado avances	NO HA INICIADO		Se desarrollaron actividades en el mes de julio en conjunto con el área de seguridad y salud en el trabajo, enfocados al uso adecuado y austero del agua , la luz y el papel .	DESARROLLADO		Se desarrollaron actividades en el mes de julio en conjunto con el área de seguridad y salud en el trabajo, enfocados al uso adecuado y austero del agua , la luz y el papel .	MEJORADO	
52	se tienen 2 planes de mejoramiento vigentes 1 con control interno un avance del 100% y otro con auditoria de calidad 2 acciones con un avance del 17%	IMPLEMENTADO		para este segundo trimestre se realizo seguimiento al avance del plan de auditoria de calidad con 2 acciones logrando un 38%	IMPLEMENTADO		se verifico el informa e presentado por la oficina de control interno y se guarda evidencia del cumplimiento del 100%	MEJORADO		se verifico el informa e presentado por la oficina de control interno y se guarda evidencia del cumplimiento del 100%	MEJORADO	
335,43												

SEGUIMIENTO 8
7
0

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	335
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	335
Cumplimiento del plan	CPM = PBMV/PBEC	0,4 48%

0
0
0
7

100%
0%
0%
0%

Compromiso del plan	U. M. = PROMEDIO	UT/PO/PA
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	94,48%







VIGENCIA: 2023  
ÁREA: RECURSOS FINANCIEROS

FORMULACIÓN														
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	1,00	100%	47	47
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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 FINANCIERA	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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 FINANCIERA	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
Mejorar la recuperación de la cartera	En la vigencia la rotación sea igual o menor a 300 días	$\frac{360}{\text{Ventas a crédito antes de periodo - glosas aceptadas antes del periodo} + \text{Ventas a crédito del periodo - glosas aceptadas del periodo}} \times 2$ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2 - (depósitos sin identificar + giro directo)	Priorizar la identificación de recaudos y descargar mensualmente la cartera.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS	1/02/2023	30/12/2023	Efectuando una oportuna identificación de los recaudos	11	47,43	11,00	100%	47	47
			Reportar mensualmente informe sobre la gestión de la cartera, glosas y devoluciones y analizar trimestralmente el estado de la misma para la toma de decisiones.	FINANCIERA	PROFESIONAL DE APOYO CARTERA AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS	1/02/2023	30/12/2023	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) para la gerencia a partir del mes de febrero y desarrollando reunión cada 3 meses en comité interno donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto	14	47,43	14,00	100%	47	47
Maximizar los ingresos y controlar los gastos para responder ante los riesgos presupuestal con recaudo	En la vigencia 2023, 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	1/02/2023	30/12/2023	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) para la gerencia a partir del mes de febrero y desarrollando reunión cada 3 meses en comité interno donde se analice el resultado de la ejecución y se tomen decisiones al respecto	14	47,43	14,00	100%	47	47

gastos para responder ante los requisitos presupuestales con recursos comprometidos	En la vigencia 2023, lograr un porcentaje >85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Reportar informe mensual sobre la facturación, glosas y devoluciones y analizar en reunión de comité interno el resultado para la toma de acciones pertinentes.	FINANCIERA	PERSONAL DE APOYO FACURACIÓN AUDITOR DE CUENTAS MÉDICAS	1/02/2023	30/12/2023	Generando informes mensuales (con cierre al último día hábil del mes a reporta) para la gerencia a partir del mes de febrero y desarrollando reunión cada 3 meses en comité interno donde se analice el resultado de la gestión y se tomen decisiones al respecto	14	47,43	14,00	100%	47	47
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia 2023, lograr un porcentaje >85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Implementar acciones de mejora que subsanen no conformidades y permita cumplimiento de requisitos, estándares y disposiciones de ley.	FINANCIERA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA FINANCIERA	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras	1	51,71	1,00	100%	52	52
<b>TOTALES</b>										<b>435,71</b>	<b>57,91</b>	<b>8,91</b>	<b>431,27</b>	<b>431,27</b>

promedio cumplimiento		<b>99,0%</b>		
ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5	
MEJORADO (100%)	0	0	1	
IMPLEMENTADO (70%)	7	6	7	
DESARROLLADO (40%)	0	1	1	
DISEÑADO (10%)	0	0	0	
NO HA INICIADO (0%)	2	2	0	
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	
% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	0%	0%	11%	
IMPLEMENTADO	78%	67%	78%	
DESARROLLADO	0%	11%	11%	
DISEÑADO	0%	0%	0%	
NO HA INICIADO	22%	22%	0%	

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicac
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	
47	Se verifico el avance de las actividades en el plan para el primer trimestre logrando un avance del 10%	IMPLEMENTADO		Se verifico el avance de las actividades en el plan iso 9001 para el segundo trimestre logrando un avance del 14%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance del 25% de y un acumulado de 75%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance del 25% de y un acumulado de 100%	MEJORADO	
48	para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	NO HA INICIADO		para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	NO HA INICIADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%, incluidas las actividades de participación de lavado de manos área administrativa	MEJORADO		Se han ejecutado 20 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%, incluidas las actividades de participación de lavado de manos área administrativa	MEJORADO	
48	Se ha realizado una actividad de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 66 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	MEJORADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con al mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	MEJORADO	
47	En el trimestre la rotación quedo por debajo de 241	IMPLEMENTADO		En el trimestre la rotación quedo por debajo de 241	DESARROLLADO		En el trimestre la rotación quedo por debajo de 195	IMPLEMENTADO		En el trimestre la rotación quedo en 216 días	DESARROLLADO	
47	se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo la situación actual de lo glosado por eps y por motivo evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo la situación actual de lo glosado por eps y por motivo evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		Se realizo el comité correspondiente al trimestre el 26 de octubre el 2023, donde se analizo la situación actual de lo glosado por eps y por motivo evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		Se realizo el comité correspondiente al tercer trimestre el 19 de diciembre el 2023, donde se analizo la situación actual de lo glosado por eps y por motivo evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	MEJORADO	
47	se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo sobre la ejecución presupuestal (ingresos y gastos) evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo sobre la ejecución presupuestal (ingresos y gastos) evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al tercer trimestre el 26 de octubre, donde se analizo sobre la ejecución presupuestal (ingresos y gastos) evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad 2193	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al tercer trimestre el 19 de diciembre donde se analizo sobre la ejecución presupuestal (ingresos y gastos) evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad 2193	MEJORADO	

47	se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo sobre la facturación, glosas y devoluciones evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al primer trimestre donde se analizo sobre la facturación, glosas y devoluciones evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al tercer trimestre donde se analizo sobre la facturación, glosas y devoluciones evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad 2193	IMPLEMENTADO		se realizo el comité correspondiente al tercer trimestre donde se analizo sobre la facturación, glosas y devoluciones evidencia que reposa en el acta del comité carpeta documentos área calidad 2193 el 19 de diciembre	MEJORADO
52	Al corte no se han realizado auditorias	NO HA INICIADO		Al corte no se han realizado auditorias	NO HA INICIADO		se desarrollo un a auditoria por parte del área de control interno, cuyo cierre se dará para el próximo trimestre al área financiera	DESARROLLADO		NO se generaron hallazgos de la auditoria realizada al área financiera , las observaciones fueron remitidas al líder del área en sus momento, como lo fue la actualización del manual de políticas contables.	DESARROLLADO

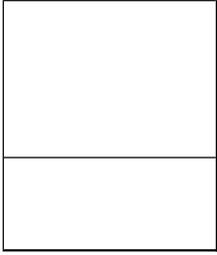
435,71

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
7
0
2
0
0
9

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	436
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	436
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMV/PBEC</b>	98,98%
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,98%

78%
0%
22%
0%
0%







**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:** 2023  
**ÁREA:** TALENTO HUMANO

FORMULACIÓN														
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN							
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas.	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,97	97%	46	46
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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 DEL TALENTO HUMANO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%) .	(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 vigencia 2023 del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST).	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL DE APOYO ÁREA RECURSOS HUMANOS ENCARGADO DEL SGSST	1/02/2023	30/12/2023	Aprobando y desarrollando el plan de trabajo del SGSST de la vigencia.	2	47,43	2,00	100%	47	47
			Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo, asignadas al área.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	0,95	95%	45	45
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia 2023, lograr un porcentaje >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 DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	1,00	100%	52	52
Fortalecer la implementación de la política "Gestión Estratégica del Talento Humano en el HEGI	En la vigencia 2023, un puntaje mínimo de 86,9 en la política de gestión y desempeño "Gestión Estratégica del Talento Humano"	Índice de política de gestión y desempeño "Gestión Estratégica del Talento Humano"	Definir y desarrollar Plan Estratégico de Talento Humano de la vigencia.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	1/02/2023	31/12/2023	Diseñar según metodología y desarrollar plan estratégico del talento humano, que contemple: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos. Plan Institucional de Capacitación. Plan de bienestar e incentivos. Plan de seguridad y salud en el trabajo. Monitoreo y seguimiento del SIGEP. Evaluación de desempeño. Inducción y reintroducción. Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional.	1	47,57	1,00	100%	48	48
			Diligenciar autodiagnóstico de Gestión Estratégica del Talento Humano y desarrollar Plan para su implementación.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de Gestión Estratégica del Talento Humano establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43

			Diligenciar autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento y la Innovación, y desarrollar Plan para su implementación.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de Gestión del Conocimiento y la Innovación establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43
Fortalecer la implementación de la política "Integridad" en el HEGI	En la vigencia 2023, obtener en la política de gestión y desempeño "Integridad" un puntaje igual superior a 73,67.	Índice de política de gestión y desempeño "Integridad"	Diligenciar autodiagnóstico de gestión del código de Integridad y desarrollar Plan para su implementación.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA RECURSOS HUMANOS	1/03/2023	30/12/2023	Diligenciando el formato de autodiagnóstico de la política de integridad establecido en la página de función pública sección MIPG, en el mes de marzo de 2023; definiendo acciones según resultado del autodiagnóstico; y definiendo y ejecutando las acciones dentro de los plazos establecidos.	2	43,43	2,00	100%	43	43
<b>TOTALES</b>										<b>471,29</b>	<b>13,88</b>	<b>9,88</b>	<b>465,42</b>	<b>465,42</b>

promedio cumplimiento **98,8%**

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES		
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 5
MEJORADO (100%)	0	1	0
IMPLEMENTADO (70%)	6	8	9
DESARROLLADO (40%)	0	0	1
DISEÑADO (10%)	3	1	0
NO HA INICIADO (0%)	1	0	0
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	10%	0%
IMPLEMENTADO	60%	80%	90%
DESARROLLADO	0%	0%	10%
DISEÑADO	30%	10%	0%
NO HA INICIADO	10%	0%	0%

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			Con corte a:	31/12/2023
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:		
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES		
47	se verificaron los avances para el primer trimestre logrando un avance de 14,90%	IMPLEMENTADO		se verificaron los avances del 2 trimestre obteniendo un avance de cumplimiento del 17,88%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001arroja un avance de 29% y un acumulado de 66%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001arroja un avance de 31% y un acumulado de 97%	
48	para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	NO HA INICIADO		para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	DISEÑADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 20 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%	
47	se elaboro y aprobé el plan de trabajo SGSST para la vigencia con un total de 28 actividades para ejecutar	IMPLEMENTADO		Para el segundo trimestre se alcanzo un avance de acumulado del 33%	IMPLEMENTADO		Para el tercer trimestre se alcanzo un avance de acumulado del 77%	DESARROLLADO		Para el cuarto trimestre se alcanzo un avance de acumulado del 95%	
48	Se ha realizado una actividad de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		Se realizo seguimiento con corte al segundo trimestre se cumplieron 29 actividades de 89 programadas para la vigencia, con un avance del 29% para el trimestre con un acumulado de 33%.	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 66 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		en el seguimiento para este periodo de las 89 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 85 obteniendo un avance del 95%	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	MEJORADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 92%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al tercer trimestre con el mapa de riesgos indicando un cumplimiento del 96%	
52	se cuenta con un plan de mejoramiento vigente cuyo avance para este primer trimestre es del 50%	IMPLEMENTADO		sin avances par este seguimiento	IMPLEMENTADO		Para seguimiento del tercer trimestre se logro un avance del 75%.	IMPLEMENTADO		Para seguimiento del tercer trimestre se logro un avance del 100%.	
48	Se ha desarrollado a través de la ejecución de los planes que lo componen: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos. (25%) Plan Institucional de Capacitación. (7%) Plan de bienestar e incentivos. (31%) Plan de seguridad y salud en el trabajo. (4%) Monitoreo y seguimiento del SIGEP. (25%) Evaluación de desempeño. (25%) Inducción y reintroducción. (25%) Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional. (0%)	IMPLEMENTADO		Se ha desarrollado a través de la ejecución de los planes que lo componen: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos. (25%) Plan Institucional de Capacitación. (33%) Plan de bienestar e incentivos. (44%) Plan de seguridad y salud en el trabajo. (33%) Monitoreo y seguimiento del SIGEP. (25%) Evaluación de desempeño. (25%) Inducción y reintroducción. (25%) Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional. (0%)	IMPLEMENTADO		Se ha desarrollado a través de la ejecución de los planes que lo componen: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos. (25%) Plan Institucional de Capacitación. (60%) Plan de bienestar e incentivos. (81%) Plan de seguridad y salud en el trabajo. (77%) programa de humanización (78%) Monitoreo y seguimiento del SIGEP. (25%) Evaluación de desempeño. (25%) Inducción y reintroducción. (25%) Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional. (0%)	IMPLEMENTADO		Se ha desarrollado a través de la ejecución de los planes que lo componen: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos. (25%) Plan Institucional de Capacitación. (100%) Plan de bienestar e incentivos. (100%) Plan de seguridad y salud en el trabajo. (95%) programa de humanización (100%) Monitoreo y seguimiento del SIGEP. (100%) Evaluación de desempeño. (100%) Inducción y reintroducción. (100%) Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional. (0%)	
43	Se diligenció el autodiagnóstico de Gestión Estratégica del Talento Humano está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	IMPLEMENTADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para talento humano el resultado fue ( 76,8 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.	

43	Se diligenció el autodiagnóstico de Gestión del conocimiento y la innovación , está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	IMPLEMENTADO		para este trimestre se esta a la espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para gestión del conocimiento y la innovación el resultado fue ( 40,3 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.
43	Se diligenció el autodiagnóstico de Política d integridad está pendiente formular y desarrollar plan de mejora frente a su implementación.	DISEÑADO		Se realizaron ajustes en la pagina de acuerdo a lo evidenciado en el autodiagnóstico, se esta a la espera de los resultados para el próximo trimestre, una vez se realice el reporte en la pagina de función publica	IMPLEMENTADO		para este trimestre se esta ala espera de los resultados de la medición de desempeño, se proyecto el plan de mejoramiento con los ítems no cumplidos o para generar avances de mejoramiento continuo	IMPLEMENTADO		Se recibieron los resultados de la medición de desempeño para código de integridad el resultado fue ( 36,5 ) se elaboro con el área responsable plan de acción de MIPG ejecutarse vigencia 2024.

471,29

<b>SEGUIMIENTO 8</b>
3
7
0
0
0
<b>10</b>

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	<b>PBEC =</b>	471
Puntaje base evaluación de avance	<b>PBEA =</b>	471
Cumplimiento del plan	<b>CPM = POMMVI/PBEC</b>	98,75%
Avance del plan de mejoramiento	<b>AP= POMI/PBEA</b>	98,75%

30%
70%
0%
0%
0%

SEGUIMIENTO 4	
Fecha de aplicación:	
ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES
IMPLEMENTADO	
MEJORADO	
IMPLEMENTADO	
IMPLEMENTADO	
MEJORADO	
MEJORADO	
IMPLEMENTADO	
IMPLEMENTADO	

IMPLEMENTADO	
IMPLEMENTADO	



**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: 2023  
ÁREA: CONTRATACIÓN

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	FORMULACIÓN		QUÉ		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMV)
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN									
Fortalecer el sistema de gestión de la calidad (SGC) del HEGI bajo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	En la vigencia 2023 fortalecer la cultura de calidad y lograr un cumplimiento mayor 90% del Plan ISO, para obtener en el 2023 la certificación de calidad en el programa de rehabilitación de conductas adictivas	Porcentaje Promedio de Cumplimiento Plan ISO de la vigencia	Desarrollar las acciones del plan de trabajo ISO 9001:2015 y del plan de mejoramiento sobre el mismo, que le correspondan al área.	GESTIÓN CONTRACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN	1/02/2023	30/12/2023	Ejecutando y dejando registro de las actividades y tareas asignadas para avanzar en el cumplimiento de requisitos de la norma.	1	47,43	0,98	98%	46	46		
Fortalecer la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener en la vigencia una calificación promedio >90% 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 CONTRACTUAL	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades del programa de paciente seguro del Hospital, a cargo del área.	1	47,57	1,00	100%	48	48		
Fortalecer la cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	En la vigencia, la calificación en la autoevaluación del SGSST sea igual o mayor a la línea base (80,8%)	(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 CONTRACTUAL	PERSONAL DEL ÁREA	1/02/2023	31/12/2023	Asistiendo y desarrollando actividades programadas en el SGSST que requieren de la participación del área, incluyendo el análisis de casos presentados donde sea convocada el área, con el fin de tomar acciones para prevenir la ocurrencia de los mismos.	1	47,57	1,00	100%	48	48		
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Obtener en la vigencia una efectividad >70% en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa institucional	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa institucional) X 100	Identificar y dar tratamiento a los riesgos del área según metodología adoptada por el Hospital.	GESTIÓN CONTRACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN	2/01/2023	30/12/2023	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.	1	51,71	0,96	96%	50	50		
Implementar la dimensión de Información y Comunicación	Al cierre de 2023 obtener en la Quinta Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "Información y Comunicación" un puntaje igual o superior a 80	Índice de dimensión de gestión y desempeño "Información y Comunicaciones"	Aplicar herramienta SECOP II en relación a la contratación del Hospital	GESTIÓN CONTRACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN	2/01/2023	30/12/2023	Implementando el SECOP y haciendo uso de dicha herramienta, cargando la información de la contratación, con el fin de brindar transparencia en la misma.	1	51,71	1,00	100%	52	52		
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	En la vigencia lograr un porcentaje >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 CONTRACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA CONTRATACIÓN	2/01/2023	30/12/2023	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen para subsanar incumplimientos identificados en auditorías internas y externas, u otras fuentes como autoevaluaciones, indicadores, entre otras.	1	51,71	1,00	100%	52	52		
<b>TOTALES</b>											<b>297,71</b>	<b>5,94</b>	<b>5,94</b>	<b>294,70</b>	<b>294,70</b>	

promedio cumplimiento **99,0%**

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO			
MEJORADO	0%	33%	33%
IMPLEMENTADO	83%	67%	33%
DESARROLLADO	0%	0%	33%

DISEÑADO	0%	0%	0%
NO HA INICIADO	17%	0%	0%

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

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

Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 1			SEGUIMIENTO 2			SEGUIMIENTO 3			SEGUIMIENTO 4		
	Con corte a:	31/03/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/06/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	30/09/2023	Fecha de aplicación:	Con corte a:	31/12/2023	Fecha de aplicación:
	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES	AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS	ESTADO	COMENTA
47	se verifico el avance para el primer trimestre logrando un avance de 8%	IMPLEMENTADO		se verifico el avance para el primer trimestre logrando un avance de 12%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 25% y un acumulado de 58%	IMPLEMENTADO		para este trimestre el cumplimiento de las actividades del plan ISO 9001 arroja un avance de 31% y un acumulado de 98%	MEJORADO	
48	para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	NO HA INICIADO		para este trimestre no han realizado convocatoria donde se pueda participar	IMPLEMENTADO		Se han ejecutado 14 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 70%, incluyendo el cumplimiento de la actividad de lavada de manos	MEJORADO		Se han ejecutado 20 acciones de 20 programadas para la vigencia con un cumplimiento del 100%, incluyendo el cumplimiento de la actividad de lavada de manos	MEJORADO	
48	Se ha realizado una actividad de 28 programadas para la vigencia, con un avance del 4%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento al plan de SGSST obteniendo un avance 29% logrando con un acumulado de 33%	MEJORADO		En el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 20 obteniendo un avance del 77%	IMPLEMENTADO		En el seguimiento para este periodo de las 26 actividades programadas, ejecutarse con los colaboradores se han ejecutado 26 obteniendo un avance del 100%	MEJORADO	
52	se realizo seguimiento al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 75%	IMPLEMENTADO		se realizo seguimiento con corte al segundo semestre al mapa de riesgo institucional alcanzando un avance en conjunto de todas las áreas del 88%	MEJORADO		Se realizo seguimiento a los riesgos establecidos para esta área cumpliendo con las acciones y actividades de prevención y control alcanzando un cumplimiento del 92%	DESARROLLADO		Se realizo seguimiento a los riesgos establecidos para esta área cumpliendo con las acciones y actividades de prevención y control alcanzando un cumplimiento del 96%	MEJORADO	
52	se recibieron informes en Excel de verificación por parte del jefe de control interno, donde se evidencia el 100% de la contratación publicada en el SECOP.	IMPLEMENTADO		se recibieron informes en Excel de verificación por parte del jefe de control interno, donde se evidencia el 100% de la contratación publicada en el SECOP.	IMPLEMENTADO		Se verifico para este trimestre el cumplimiento del 100 del cargue de la información de la contratación al secop, verificada por el jefe de control interno	DESARROLLADO		Se verifico para este trimestre el cumplimiento del 100 del cargue de la información de la contratación al secop, verificada por el jefe de control interno	MEJORADO	
52	se cuenta con un plan de mejoramiento resultado de una auditoria realizada por el jefe de control interno para este primer trimestre tiene un avance del 40%	IMPLEMENTADO		se cuenta con un plan de mejoramiento resultado de una auditoria realizada por el jefe de control interno para este primer trimestre tiene un avance del 50%	IMPLEMENTADO		para este corte se verifico el informe allegado por el jefe control interno donde se da cumplimiento del 100% a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento	MEJORADO		para este corte se verifico el informe allegado por el jefe control interno donde se da cumplimiento del 100% a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento	MEJORADO	
297,71												

SEGUIMIENTO 8
6
0
0
0
0
6

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	298
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	298
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	98,99%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	98,99%

100%
0%
0%

0%
0%

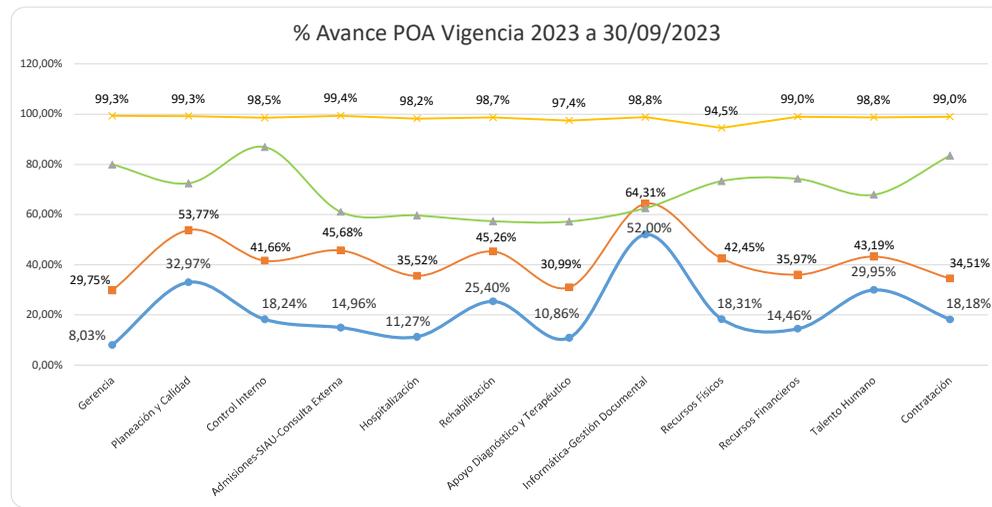




Área	A 31/03/2023	A 30/06/2023		A 30/09/2023		A 31/12/2023	
	% Avance	% Cumplimiento	% Avance	% Cumplimiento	% Avance	% Cumplimiento	% Avance
Gerencia	8,03%	0,00%	29,75%		79,9%		99,3%
Planeación y Calidad	32,97%	0,00%	53,77%		72,4%		99,3%
Control Interno	18,24%	0,00%	41,66%		86,9%		98,5%
Admisiones-SIAU-Consulta Externa	14,96%	0,00%	45,68%		61,1%		99,4%
Hospitalización	11,27%	0,00%	35,52%		59,6%		98,2%
Rehabilitación	25,40%	0,00%	45,26%		57,3%		98,7%
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	10,86%	0,00%	30,99%		57,2%		97,4%
Informática-Gestión Documental	52,00%	0,00%	64,31%		62,5%		98,8%
Recursos Físicos	18,31%	0,00%	42,45%		73,3%		94,5%
Recursos Financieros	14,46%	0,00%	35,97%		74,2%		99,0%
Talento Humano	29,95%	0,00%	43,19%		67,9%		98,8%
Contratación	18,18%	0,00%	34,51%		83,5%		99,0%
Promedio % Avance	21,22%		41,92%		69,64%		98,40%

41,66%  
45,68%  
35,52%  
45,26%  
30,99%  
64,31%  
42,45%  
35,97%  
43,19%  
34,51%

79,86%  
72,40%  
86,86%  
61,07%  
59,58%  
57,33%  
57,21%  
62,48%  
73,28%  
74,24%  
67,89%  
83,45%  
69,64%



Nombre	valor	valor	valor
Admisiones-SIAU-Consulta Externa	14,96%	45,68%	30,72%
Hospitalización	11,27%	35,52%	24,24%
Recursos Físicos	18,31%	42,45%	24,14%
Control Interno	18,24%	41,66%	23,41%
Gerencia	8,03%	29,75%	21,72%
Recursos Financieros	14,46%	35,97%	21,51%
Planeación y Calidad	32,97%	53,77%	20,80%
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	10,86%	30,99%	20,13%
Rehabilitación	25,40%	45,26%	19,86%
Contratación	18,18%	34,51%	16,33%
Talento Humano	29,95%	43,19%	13,24%
Informática-Gestión Documental	52,00%	64,31%	12,31%

