

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	PLANEACIÓN PE01	Orientar el Hospital en la implementación de acciones que garanticen una sostenibilidad financiera, rentabilidad social y la generación de un buen clima organizacional.	Modernizar y rediseñar la organización permitiendo la sostenibilidad financiera, desarrollo técnico-científico, de planta física y el desarrollo social.	Proporción de cumplimiento del plan de acción	100%	Trimestral	PROYECTOS					
							1	Programa de fortalecimiento del mejoramiento del modelo de atención en el Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro	Diciembre	100	Se realizo convenio con el CES, mediante talleres de liderazgo, gestión de proyectos, levantamiento y valoración de perfiles, estructuración de plan de mercadeo.	75
							2	Prestación de servicios de salud de primer nivel de atención a la población pobre no asegurada del Municipio de Rionegro	Diciembre	100	Se ejecuta convenio con el municipio	
							3	Instalación de la planta de tratamiento aguas residuales	Diciembre			
							4	Inicio del proyecto: Remodelación y ampliación del Hospital San Juan de Dios	Diciembre			
							5	Servicio de atención y transporte domiciliario para poblaciones vulnerables residentes en el municipio de Rionegro	Diciembre	100	Se ejecuta convenio con el municipio	
							6	Renovación de las instalaciones de la farmacia de la sede Jorge Humberto González Noreña	Diciembre	100	Se realizo remodelación de todo el área de farmacia	
							7	Formulación y ejecución de proyecto: Adecuación área de farmacia	Diciembre	100	Posterior a la renovación de las instalaciones se inicio la construcción de la central de mezclas	
							8	Implementar el CRUE del Municipio.	Diciembre	100	Se dio inicio en mayo	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS ESTRATÉGICOS							MANTENIMIENTO PLANTA FÍSICA					
							9	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta física	Diciembre	100	Reporte realizado a la super. Archivo 502	100
							EQUIPOS BIOMÉDICOS					
							10	Adquisición, reposición y mantenimiento de equipos	Diciembre			0
							MUEBLES Y ENSERES					
							11	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre			0
	MERCADERO Y COMUNICACIONES PE02	Fortalecer los canales de comunicación al interior del Hospital y establecer una relación directa entre la alta Gerencia y sus colaboradores.	Planear, estructurar e implementar el proceso de mercadeo y comunicación de la institución.	Proporción de implementación del proceso de comunicaciones	25% anual	Semestral	12	Documentar el procedimiento de mercadeo	Junio	100	Se trabajo con el CES, quedo de insumo el informe de plan de mercadeo	70
							13	Implementar una campaña para fortalecer el conocimiento interno de los servicios .	Abril	0		
		Generar una cultura organizacional enfocada a la comunican interna.		Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	14	Realizar diagnostico de los sistemas de comunicación del hospital	Marzo	100	Se realizo mediante encuestas en redes, fisicas y formularios de google	
							15	Reestructurar el procedimiento de comunicación institucional	Abril	100	Se trabajo con el CES	
		Posicionar los servicios y el modelo de atención del Hospital tanto a nivel local como departamental.	Estructurar, adecuar, fortalecer y completar el portafolio de servicios enfocado a nichos de mercado externo.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	16	Actualizar el portafolio de servicios de forma más llamativa	Junio	0		
							17	Promocionar los servicios mediante ofertas especiales	Diciembre	100	Se implemento con servicios como laboratorio, salud visual, fisioterapia, banco de sangre, patologia, en el segundo semestre se trabajo mamografia, consulta particular y laboratorio	
			Estructurar una metodología de rendición de cuentas que genere mas interacción con la comunidad	Proporción de usuarios satisfechos con la rendición de cuentas	80%	Anual	18	Estandarizar la información de rendición de cuentas y hacer seguimiento de la misma	Diciembre	100	Se estructuro de acuerdo a la norma, se publico en la WEB y se hizo seguimeitno a planes de mejora	
							19	Realizar la rendición de cuentas	Abril	100	Se hizo el 23 de abril	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			Fomentar la venta de servicios a los particulares.	Proporción de usuarios particulares atendidos	>10%	Semestral	20	Estructurar una estrategia que permita priorizar la solicitud de atenciones particulares	Junio	50	Se define asignación de citas particulares desde la oficina de la jefe de enfermería	
							21	Documentar el plan de negocio	Junio	100	Se incluyo dentro del trabajo con el CES y desarrollo de proyectos	
	CONTRATACIÓN PE03	Desarrollar una estructura conjunta y con responsabilidad compartida con los diferentes actores del Sistema, buscado fortalecer sus procesos de atención, las respuestas a sus necesidades y optimizar el aprovechamiento de los recursos.	Establecer alianzas estratégicas entre la institución y las entidades responsables del pago.	Número de alianzas establecidas	Variación positiva	Anual	22	Retroalimentar a las EPS frente las dificultades identificadas por el grupo auditor	Diciembre	100	Se tiene una auditoria concurrente que permanee en comunicación continua con los auditores de las EPS	80
							23	Realizar reuniones de seguimiento con las EPS	Diciembre	100	Se realizan reuniones periodicas con Savia y Coomeva	
			Elaborar procesos y flujogramas interinstitucionales para garantizar la estandarización y seguimiento de este proceso.	Número de procesos estandarizados	25% anual	Semestral	24	Implementar el formato de seguimiento de contratos con EPS	Junio	100	Se dio a conocer y se implemento con savia	
							25	Realizar reuniones internas de seguimiento al proceso de contratación con EPS	Diciembre	100	Se realizo seguimiento y evaluación al contrato con savia	
			Reorganizar y socializar el portafolio de servicios acorde a las necesidades del mercado.	Proporción de servicios reflejados en el portafolio	100%	Semestral	26	Estandarizar el cuadro los conceptos y tarifas para oferta de servicios	Mayo	0		
			Garantizar una defensa técnica y jurídica de los diferentes procesos judiciales en contra de la institución.	Proporción de procesos intervenidos	100%	Semestral	27	Consulta permanente de los procesos judiciales en contra de la institución	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
							28	Estructuración técnica y jurídica de las actuaciones que se deban realizar en las diferentes etapas de los procesos judiciales	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
							29	Recomendar a la dirección de la ESE sobre el estado de los procesos y cual es la mejor actuación a realizar dependiendo de la valoración probatoria	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
					Desarrollo de procedimientos					30	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD	FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	JURÍDICA PE04	Diseñar procedimientos jurídicos que le generen una seguridad legal a la institución en sus diferentes actuaciones.	contractuales fundamentados en la normativa legal y los procedimientos administrativos internos de la institución con base en los principios de transparencia, economía y celeridad.	Proporción de procedimientos contractuales ajustados	100%	Semestral	31 Llevar a cabo la selección de los contratistas con fundamento a las leyes y procedimientos establecidos para tal fin	Diciembre	100	Se participa en el comité de contratación de forma permanente	100
							32 Llevar a cabo un acompañamiento a las áreas de supervisión en la etapa de supervisión y liquidación de los procesos contractuales	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
			Realizar un acompañamiento a las diferentes áreas de la institución en todas aquellas actuaciones que requieran algún tipo de soporte legal.	Proporción de solicitudes de acompañamiento efectuadas	100%	Semestral	33 Recepcionar solicitudes y dar respuesta a través de conceptos verbales o escritos sobre inquietudes presentadas por las diferentes áreas	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
							34 Acompañamiento jurídico en la respuesta a tutelas y derechos de petición de acuerdo al acompañamiento solicitado	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
							35 Acompañar a la gerencia y a la alta dirección de la ESE en la toma de decisiones que requieran un apoyo jurídico para que las mismas se enmarquen dentro de la ley y los reglamentos	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
			Fortalecer el proceso de atención en urgencias mediante la atención segura	Proporción de quejas recibidas	10%	Mensual	36 Implementar programa de capacitación	Diciembre	50	Se viene desarrollando el cronograma de capacitaciones acorde con la programación planteada.	
							37 Implementar un programa de estímulos al personal	Junio	15	Dentro del plan de acción para el año 2019, se propuso un plan de estímulos e incentivos. Solo se ha realizado el reconocimiento a las enfermeras en su día clásico.	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	URGENCIAS PM01	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Urgencias basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.	y humana de los pacientes	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	38	Realizar ronda con participación de personal asistencial y administrativo	Junio	100	Se busca que se realice una ronda bimestral por el servicio con participación de este personal, solo se ha realizado (parcialmente) una ronda en lo corrido del año. Es de anotar que en las rondas de seguridad participa parte del personal administrativo.	30
			Reorganizar las áreas internas del servicio tanto en la infraestructura como en el modelo de procesos para la adecuada prestación del servicio.				39	Implementar el grupo primario del área	Febrero	100	Desde el mes de septiembre del año 2018 se creo el grupo primario del área, el cual se reúne dos veces por mes para el monitoreo y seguimiento del servicio de urgencias.	
							40	Realizar adecuación de infraestructura acorde con los cambios del proceso	Mayo	100	Se realizo mantenimiento general del área de urgencias, se hicieron reubicaciones para mejorar los procesos administrativos.	
							41	Actualizar la documentación de urgencias	Diciembre	30	En compañía del grupo de enfermería del servicio se viene revisando y actualizando la documentación del servicio de urgencias, la cual se enviara al área de calidad para su respectiva revisión y codificación.	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
							42	Actualizar material educativo sobre la clasificación en urgencias	Marzo	20	Se ha entregado las propuestas de material educativo para el público en general sobre Triage, Urgencias y condiciones de uso del servicio, las mismas están en revisión en el área de comunicaciones.	
				Tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II	<30 minutos	Mensual	43	Educación a los usuarios frente al uso racional de los servicios de urgencias	Junio	15	Ante la falta de material educativo, medios de difusión y comunicación y carteleros informativos, se ha venido realizando esta actividad con base en la educación personalizada al momento de cada atención, sin que se logre medir el impacto de las mismas con los usuarios.	
			Impactar los tiempos de espera en la atención de urgencias mediante el mejoramiento en las áreas de CRUE y Triage.				44	Realizar reuniones informativas con los gerentes de la IPS de primer nivel sobre los servicios ofertados y los pacientes que se pueden aceptar	Junio	0	Se ha solicitado la autorización a las directivas en dos ocasiones para realizar dicha actividad y que se garantice la logística del mismo, sin que se tenga el aval respectivo para su realización.	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
				Proporción de remisiones aceptación	50%	Semestral	45	Estandarizar el proceso de traslado de pacientes entre las sedes	Junio	15	Se ha venido estableciendo una metodología para el traslado de usuarios entre las sedes, la cual inicia por mejorar la comunicación entre las mismas; No se tiene documento escrito que protocolice el traslado de pacientes entre ambas sedes	
							SALUD VISUAL					
							46	Continuar con la implementación del programa Alegrarte de la alcaldía para la población escolar de Rionegro	Diciembre	100	Se firmo nuevo convenio la cuarta fase de Alegrarte con el componente de tamizaje y educativo. Se esta haciendo el proceso de sistematización desde el 2016 a 2019.	40
							47	Fortalecer la oferta de servicios de óptica y consulta de optometría en la sede GMM	Junio	100	Se definio la cobertura de servicios de optica a savia y se aumento la atención para pacientes particulares en ortoptica.	
							48	Realizar medición y monitoreo de los indicadores propios del área de salud visual	Diciembre	50	Se llevan al día los indicadores a junio	
							49	Continuar etapa de implementación de las guías adoptadas y medir adherencia	Diciembre	50	Se socializo nuevamente con los oftalmologos y se realizara la medición e adherencia en agosto.	
							50	Generar estrategias de mercadeo de salud visual con el área de comunicaciones	Diciembre	40	Se publicaron las tarifas especiles y se entregan durante las bringadas de banco de sangre. Se divulgan los servicios con los profesionales del oriente.	
							CONSULTA EXTERNA					
			Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.	Número de programas de Consulta externa creados		Semestral						

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	AMBULATORIO PM02	Crear, desarrollar y rediseñar el área de Consulta Externa basados en las necesidades del servicio y la comunidad con mejores criterios de calidad.					51	Fortalecer la consulta particular con atención prioritaria	Diciembre	100	Se organizo la asignación de citas particulares en la oficina de la jefe de enfermeria. Se detino agenda para asignación a particulares.	100
			Intervenir en la oportunidad de asignación de citas y la accesibilidad de la misma.	Tiempo de estera en la asignación de citas de consulta externa	15 días	Mensual	52	Establecer la oferta de servicios por asegurador	Octubre	100	Se csaco promedio de oferta por estadística y se elaboró cuadro para identificar horas disponibles por especialista y hacer control de la ofertra a los aseguradores	
							53	Desarrollar estrategias para orientación e información correcta a los usuarios (información de las solicitud de citas, ubicación de servicios, entre otros)	Marzo	100	Se contrato un auxiliar para orientar el usuario, el filas, tramites y ubicación. Se capacita constantemente	
			Articular el servicio de Consulta Externa con los demás servicios para garantizar la continuidad de la atención.	Proporción de articulaciones desarrolladas con los servicios desde Consulta Externa	80%	Semestral	54	Realizar capacitaciones dirigidas a temas específicos de atención al cliente y adecuado procedimiento de asignación de citas	Julio	100	Se realizo capacitación en mayo al personal de citas y se capacita uno a uno en la asignación de citas e identificación de usuarios	
							55	Realizar capacitaciones en para fortalecer el desempeño del personal de auxiliares de citas	Diciembre	100	Se realizan capacitaciones constantes sobre atención al publico, manejo de agendas y	
			Fortalecer el proceso de atención mediante la atención segura y humana de los pacientes	Proporción de quejas recibidas	10	Mensual	56	Implementar la distribución de ficho para la priorización de personas con niños en brazos, discapacitados y personas de la tercera edad	Marzo	100	El auxiliar de información reparte los ficho al inicio de la jornada realizando priorización	
							57	Instalar micrófonos en la taquillas de asignación de citas	Marzo	100	Se instalaron en 5 taquillas	
							PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA					
							58	Hacer seguimiento a la adherencia a la guía de practica clínica de Hipertensión arterial	Diciembre	100	Se hace seguimieno trimestral. Se han alcanzado las metas establecidas	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS MISIONALES			Hacer seguimiento a los programas de PyP	Proporción de adherencia a la Guía de Practica Clínica de hipertensión arterial	90%	Trimestral	59	Hacer seguimiento a la adherencia a la Guía de Practica Clínica de Crecimiento y desarrollo	Diciembre	100	Se hace seguimieno trimestral. Se han alcanzado las metas establecidas	100
							60	Hacer seguimiento a la adherencia a la Guía de Practica Clínica Control prenatal	Diciembre	100	Se hace seguimieno trimestral. Se han alcanzado las metas establecidas	
	HOSPITALIZACIÓN PM03	Rediseñar el área de Hospitalización basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación y modernización de las áreas de hospitalización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	61	Adecuar un ambiente para extracción de leche y preparación de formulas artificiales (GMM)	Junio	0		30
							62	Implementar los paquetes instruccionales de seguridad del paciente asignados	Diciembre			
			Adecuación de las salas de hospitalización propendiendo por al bienestar del usuario.	Proporción de quejas relacionadas con la comodidad del usuario	<10%	Trimestral	63	Realizar actividades educativas y de esparcimiento dirigidas a los usuarios	Diciembre			
							64	Adecuar espacios que mejoraen la comodidad del usuario	Diciembre			
							65	Continuar con la implementación de la estrategia IAMII y solicitar la certificación	Diciembre	50	Se solicito la certificación , se tiene visita en noviembre	
							66	Adquirir los equipos biomédicos necesarios para la atención del parto humanizado (GMM)	Junio	0		
			Estandarización de procesos y protocolos de atención de acuerdo a la normativa vigente y las necesidades del servicio frente a la renovación del mismo.	Proporción de documentación actualizada	25% anual	Semestral	67	Documentar protocolos institucionales inherentes a la atención del parto humanizado (GMM)	Junio	100	De acuerdo a las guías se docuemtno el protocolo de parto humanizado	
							68	Actualizar el manual administrativo de enfermería	Diciembre			
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	69	Capacitar al personal medico y de enfermería de la sede en la atención del parto humaniza (GMM)	Mayo	100	Se dio inicio al convenio con la fundación mujeres bachue quienes han capacitado y sencibilizado al personal	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
				los procedimientos			70	Capacitar al personal medico y de enfermería de la sede en reanimación neonatal (GMM)	Mayo	100	Se realizó acorde a lo programado	
	QUIRÚRGICO PM04	Rediseñar el área de Cirugía basados en la calidad de la prestación del servicio, las necesidades de seguridad del paciente y la eficiencia en el manejo científico.	Remodelación del área quirúrgica y modernización tecnológica biomédica.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	70	Realizar inventario de instrumental y solicitud de necesidades	Marzo	0		14.28571429
							71	Reubicar el puesto de facturación para mejora el control de circulación al área	Diciembre			
							72	Reorganizar las funciones del personal para optimizar los tiempos quirúrgicos	Junio	0		
			Creación, revisión, actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.	Proporción de documentación actualizada	25% anual	Anual	73	Implementar estrategias para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	Abril	0		
							74	Actualizar la documentación del servicio que resulte relevante con los proceso desarrollados en la vigencia	Diciembre			
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	75	Implementar el modulo de programación por medio de Servinte	Diciembre	100	Se capacito al personal para realizar gestión de pacientes en el modulo, al igual que a los especialistas y facturadores para reslizar solicitud y autorización de cirugia por el aplicativo	
							76	Establecer rondas de seguridad por parte de los jefes e implementar planes de mejora	Diciembre			
							LABORATORIO CLÍNICO					
							77	Implementación interface Servinte	Diciembre	0		
							78	Interface Analizador Microbiología	Diciembre	0		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	APOYO DIAGNÓSTICO PM05		Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Proporción de usuarios satisfechos	>90%	Mensual	79	Renovación tecnológica Hormonas, uroanálisis y Microbiología	Diciembre	100	Se renovaron 3 tecnologías del laboratorio	33.33333333
							80	Ampliar portafolio de acuerdo a la demanda de los usuarios.	Diciembre	100	Se están ofreciendo nuevas pruebas: Toxoplasma IgG e IgM, Ferritina, vitamina B12, ácido fólico, cuantificación de anticuerpos de hepatitis B, Leptospira, Influenza A, B, AH1N1, Lactato.	
							81	Terminar de organizar infraestructura y muebles de laboratorio.	Diciembre	40	Se instalo ducha lava ojos	
							82	Actualización de documentación del área y aplicación de adherencias.	Diciembre	80		
							LABORATORIO PATOLOGÍA					
							83	Organizar el archivo histórico de placas y bloques, con inventario de material actual	Diciembre	0	No es posible realizarse por la restricción de espacio	66.66666667
							84	Realizar publicaciones científicas	Diciembre	100	Se realizaron publicaciones y se siguen desarrollando	
							85	Realizar un estudio de costos	Diciembre	100	El estudio de costos se está desarrollando en las fases preanalíticas en conjunto con la universidad catolica de oriente facultad de administración y dos funcionarios del hospital	
							RAYOS X					
							86	Realizar tres capacitaciones propias del servicio	Diciembre	100	Se hicieron cuatro capacitaciones: Manejo de inyector, preparaciones para imagenología, lavado de manos y extravasación de venas	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
		Fortalecer y rediseñar la contratación y mercadeo de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, garantizando la sostenibilidad económica, la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y la satisfacción del usuario y su familia.					87	Revisar y actualizar la documentación del área	Diciembre	100	Se actualizo el manual de preparaciones, calidad de imagen, manual de procedimientos	100	
							88	Realizar estrategias de mercadeo	Diciembre	100	Se promociono mamografias, las resonancias y dopler		
	APOYO TERAPÉUTICO PM06			Crear cultura en la comunidad de la donación voluntaria haciendo más efectivo y seguro el proceso de captación.	Variación de cantidad de donantes voluntarios	Positiva	Trimestral	BANCO DE SANGRE					0
			89					Fomentar la donación voluntaria a través de llamadas y correos a nuestros donantes y redes sociales	Diciembre	50			
			90					Entregar tarjetas del Programa "La sangre nos conecta a todos" a todos los donantes	Diciembre	50			
			91					Promover la donación en los empleados de la institución en casos de stock bajo de hemocomponentes	Diciembre	50			
			92					Realizar proyecto educativo "Los niños y la donación de sangre"	Diciembre	50			
			93					Actualizar videos de educación a los usuarios sobre la donación de sangre	Diciembre	50			
				Tasa de positividad por 100,000 donantes	-2%	Trimestral	94	Promocionar la donación en universidades y empresas	Diciembre	50			
			Aprovechar, fortalecer y desarrollar la capacidad instalada del Banco de Sangre y Servicio Transfusional para mejorar la oportunidad en la prestación del servicio, garantizando la atención con calidad y eficiencia.	Rentabilidad	>25%	Mensual	95	Fortalecer las relaciones con los servicios de transfusión	Diciembre	50			
				Proporción de usuarios internos satisfechos	90%	Semestral	96	Realizar cambio de tecnología en las áreas de inmunohematología y pruebas biológicas con el fin de agilizar los procedimientos	Diciembre	50			
								97	Realizar una auditoria en el año a los servicios transfusionales con los que tenemos contrato	Agosto	50		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	
			Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	98	Realizar auditorias internas por áreas de trabajo	Diciembre	50			
							99	Realizar inducción especifica en banco de sangre y transfusión sanguínea a todo el personal que ingresa a la institución	Diciembre	50			
			Desarrollar, fortalecer y mantener las actividades y procesos de restablecimiento del estado de salud de los usuarios con oportunidad, efectividad y calidad.	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	FISIOTERAPIA						0
							100	Realizar tres capacitaciones propias del servicio	Diciembre				
							101	Revisar y actualizar la documentación del área	Diciembre				
							102	Realizar estrategias de mercadeo	Diciembre				
	AL DE ESTERILIZACIÓN PM07	Desarrollar el área del Servicio Farmacéutico con referente a funcionalidad, dotación, infraestructura física y programas especiales.	Remodelar y reorganizar el servicio con referencia a los procesos asistenciales del mismo.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	103	Implementar el protocolo de dipirona	Octubre			33.33333333	
							104	Estructurar la metodología para el recobro de termómetros	Septiembre	100	Se entrego un termometro por auxiliar de turno y srealiza entrega por turno, si se daña se hace cambio, si se pierde lo paga el personal		
							105	Estandarizar el uso de insulinas	Octubre				
							106	Implementar el seguimiento farmacológico	Septiembre	100	Se realiza ronde se seguimiento por la QF asistencial y se generan informes y retroalimentación.		
Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido		4	Mensual	107	Realizar autoinspecciones del área de producción de aire medicinal							
					108	Realizar planes de mejora a los hallazgos identificados en las autoinspecciones y auditorias							

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	SERVICIO FARMACÉUTICO Y CENTRAL	Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.	Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Anual	109	Diseñar capacitación y evaluación por medio del aula virtual basado en el protocolo de reprocesamiento.	Abril	0		0
							110	Dar cumplimiento al protocolo en todo los servicios del hospital.	Junio	0		
			Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	111	Capacitar con temas propios del servicio al personal	Diciembre	0		
							112	Solicitar mediciones ambientales del ETO a la casa comercial	Diciembre	0		
							113	Hacer estudio sobre adquisición de un nuevo autoclave para abastecer las necesidades de esterilización en el hospital.	Diciembre	0		
							114	Realizar inspecciones en los servicios	Diciembre	0		
							115	Hacer estudio de costos del proceso de esterilización	Diciembre	0		
			Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida	si	Anual	116	Estructurar e implementar el Plan de Incentivos Institucionales	Marzo	100	Se definieron las actividades y se han realizado de acuerdo al cronograma	
							117	Actualizar el procedimiento de bienestar e incentivos	Junio	100	Se aprobo y publico en agosto	
							118	Ejecutar las Actividades de Bienestar	Diciembre	100	Se implementaron actividades de capacitación, deportivas, y culturales	
							119	Estructurar el Plan anual de vacantes	Junio	100	Se aprobo y publico en agosto	
							120	Estructurar el Plan de Previsión de Recursos Humanos	Junio	100	Se aprobo y publico en octubre	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	TALENTO HUMANO PA01	Fortalecer la gestión del talento humano, dando prioridad al mejoramiento de las condiciones laborales para consolidar un equipo humano capacitado y con vocación de servicio.	Diseñar, actualizar, estandarizar, socializar, operativizar y evaluar las normas y procedimientos para la administración de todo el personal independientemente del tipo de contratación.	Proporción de actualización de procedimientos	25% anual	Semestral	121	Presentar el Plan Estratégico de Talento Humano	Marzo	100	Se encuentra publicado en la biblioteca institucional	87.5
							122	Estructurar e implementar el Plan Institucional de Capacitación	Marzo	100	Pendiente aprobar	
							123	Actualizar y digitalizar la documentación de Talento Humano 35%	Junio	100	Se tienen las hojas del personal en medio magnetico	
							124	Construir el cronograma de capacitaciones y publicarlo	Marzo	100	Se envio a todos los correos y se publicaron las capacitaciones en el aula virtual	
							125	Cumplir con el 80% de las capacitaciones programadas	Diciembre	50		
							126	Realizar cuatro reuniones de personal con el gerente (Mi gerente escucha)	Diciembre	0		
							127	Desarrollar los perfiles de cargos pertenecientes al Direccionamiento Estratégico	Junio	100	Se erlaboraron los perfiles de los lideres en el conveio con el CES	
							128	Desarrollar el paquete Instruccional Guía Estratégica de Comunicación - Personal en Salud	Abril	100	Se realizaron diferentes actividades de comunicación asertiva articuladas con las de bienestar	
							129	Realizar Evaluación de Desempeño y Acuerdos de Gestión	Agosto	100	Se evaluaron los 36 funcionarios de carrera y se realizo el acuerdo de gestión de la subdirectora cientifica	
							130	Presentar el Plan de trabajo anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Marzo	100		87.5
							131	Planear y desarrollar el Paquete Instruccional Fatiga laboral	Marzo	100		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			Implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Semestral	132	Realizar auditoría de cuadros de turno y asignaciones	Marzo	100	Se realizan auditorías de cuadros de turno mensualmente, se tiene cuadro de hallazgos	
							133	Realizar informe de ausentismo por patologías asociadas al cansancio laboral	Abril	100	Se tiene en el aplicativo de colmena	
							134	Realizar jornada de vacunación Influenza	Septiembre	100	Se realizo según lo programado	
							135	Actualizar la matriz de peligros	Septiembre	100	Se actualizo con todas las áreas	
							136	Realizar Inspección en central de gases medicinales	Diciembre	100	Se realizo según lo programado	
			Socializar y realizar seguimiento a los convenios docencia servicio dando a conocer la programación mensual por área.	Proporción de adherencia a Convenios Docencia Servicio	100%	Semestral	137	Construir el Cuadro de Turnos general del personal en formación	Marzo	100	Se tiene mes a mes el cuadro de estudiantes	
							138	Cumplir con el cronograma de Comité Docencia Servicio	Diciembre	100	Se realizan cuatro en el año	
							139	Actualizar el reglamento de personal en formación	Junio	50		
			Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	SISTEMAS					80
							140	Presentar e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI	Marzo	100	Documentado, aprobado y publicado. Implementación en desarrollo	
							140	Estructurar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	Junio	100	Se documentaron e implementaron las políticas de seguridad informática	
							143	Ejecutar el plan de mantenimiento anual de equipos de cómputo.	Diciembre	0		
							144	Parametrizar y ajustar en el sistema del maestro de CUMS, según información bajada del Ministerio de Salud	Diciembre	100	Se actualizo a al fecha y se realizan las modificaciones requeridas por el ministerio	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL PA02	Rediseñar y ajustar el Sistema de Información que permita una comunicación fluida en todos los niveles de la institución de forma que se encuentre disponible, completa, accesible, oportuna y amigable que permita la toma de decisiones.					145	Implementar facturación electrónica.	Agosto	100	Se realizaron las tareas para la facturación electronca sin validación técnica. Medienta dircular 020 y 030 se amplio el plazo a mayo de 2020	
			Reorganizar el archivo clínico garantizando su funcionamiento eficiente	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	ARCHIVO CLÍNICO					
							146	Estructurar una metodología para llevar el inventario de las historias para agilizar el proceso de depuración	Diciembre	100	A aprtir de octubre se inica la construcción del inventario de historias clínicas mediante un archivo en drive.	100
							147	Unificar el identificador de consecutivo de la historia clínica de registros duplicados	Diciembre	100	El proceso se realiza diariamente cuando se identifica los paciente , también llegan cuadernos con listados de el área de urgencias para realizar la unificación, al correo y telefónicamente también llegan solicitudes para que los pacientes queden con un único identificador	
							148	Realizar dos eliminaciones de historias clínicas según resolución 839 de 2017	Diciembre	100	Se realizo eliminación en julio y diciembre	
		Proporcionar los recursos necesarios para el desarrollo del proceso de sistemas de información	Proporción de presupuesto ejecutado	Proporción de presupuesto ejecutado	>90%	Semestral	CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS					
							140	Revisar y ajustar el Plan Institucional de Archivos PINAR de acuerdo a MIPG	Junio	0		33.33333333
							150	Terminar el levantamiento de encuestas de unidades documentales	Julio	97	las encuestas (las dependencias que faltan se van a hacer teniendo como base el	
							140	Elaborar propuesta de actualización Tablas de Retención Documental	Marzo	100	Pendiente de revisar con asesor	
							140	Presentación propuesta de actualización Tablas de Retención Documental	Junio	0	Una vez se revise se realizara presentación	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS DE APOYO							153	Realizar ajustes a propuesta de tablas	Octubre	0		
							154	Capacitar al personal en el manejo de las comunicaciones incluyendo las plantillas electrónicas para la elaboración de documentos.	Diciembre	100	Se realizo el 16 de agosto	
	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	Rediseñar y ajustar el procedimiento de facturación que permita una relación directa y acorde con el servicio misional.	Proporción de acciones facturadas	>95%	Trimestral	155	Capacitar al personal en temas propios del área	Diciembre	0	Se realizará en el segundo semestre	0
							156	Reestructurar el proceso de facturación articulando las auditoras de sala	Diciembre	80	Se ha ajustado el proceso, esta pendiente la documentación	
			Implementar gestiones efectivas y eficientes que permitan la conciliación permanente y recuperación de cartera.	Proporción de recaudo	>80%	Trimestral	157	Solicitar las citas con los representantes legales de las empresas que nos adeudan para iniciar un cobro persuasivo	Diciembre			0
							158	Disminuir la cartera en un 10% con relación al año anterior	Diciembre			
			Garantizar la programación y cumplimiento del plan de pagos acorde a los indicadores financieros institucionales.	Oportunidad en la realización de pagos	<90 días	Trimestral	159	Mejorar el recaudo en un 10% con relación al año anterior	Diciembre			
			Garantizar que la información financiera refleje el accionar institucional con confiabilidad y calidad.	Oportunidad en la realización de informes	100%	Trimestral	140	Realizar el plan de austeridad 2019	Marzo	100	Se actualizo según las actividades propuestas para el 2019	100
							161	Realizar oportunamente los informes a las Directivas y Entes de control	Diciembre	100	Se han reportado de forma oportuna los informes solicitados y de norma según la matriz de requisitos legales	
							140	Estructurar el Plan anual de adquisiciones	Febrero	100	Se subio al secop oportunamente	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	RECURSOS FÍSICOS Y BIOMÉDICOS PA04	Garantizar que la institución cuente con los suficientes recursos físicos, biomédicos, tecnológicos e insumos para el cumplimiento y desarrollo de la misión.	Garantizar la disponibilidad y oportunidad de equipos, insumos y medicamentos acorde a las necesidades para la prestación de los servicios misionales.	Proporción de cumplimiento plan de compras	>85%	Trimestral	140	Reestructurar el procedimiento de almacén para evitar atrasos y desviaciones del mismo	Abril	100	Se actualizo lo correspondiente en el manual de inventarios y se documento el procedimiento de solicitud de bienes y servicios mediante la plataforma de tickets	60
			Controlar inventarios de bienes e insumos conforme al consumo y deterioro que permitan el uso racional.	Proporción de registros e informes actualizados	100%	Trimestral	140	Implementar el manual de Inventarios con todos sus formatos	Junio	100	Se codificaron y socializaron los formatos, además se envío comunicado a todas las áreas frente al manejo y recepción de activos	
			Garantizar la disponibilidad y renovación de equipos y tecnología conforme a las exigencias y necesidades del servicio.	Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento	>95%	Semestral	165	Presentar estudio de necesidades de renovación tecnologica	Diciembre			
							166	Realizar compra de equipos y/o mantenimientos requeridos para el buen funcionamiento	Diciembre			
				Minimizar los impactos ambientales que se puedan generar en las actividades de la prestación del servicio.	Proporción de impactos ambientales mitigados	>90%	Semestral	140	Realizar las gestiones pertinentes para la compra de estivas para el manejo de residuos químicos	Junio	100	
	140	Establecer el instructivo para seguridad del manejo de productos químicos						Abril	40	Se inicio trabajo en conjunto con seguridad y salud en el trabajo y la arl colmena como asesor para montarlo teniendo en cuenta el SGA, se tiene un diagnostico y se esta realizando el inventario y la matriz		
	140	Realizar reorganización de los kit antiderrames de la institución						Abril	41	Se tienen listos 13 de 41		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			Velar por el cumplimiento de la normativa de carácter ambiental y sanitaria aplicable a la institución.	Proporción de cumplimiento de la norma según normograma ambiental	100%	Semestral	170	Revisar y evaluar de forma semestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Diciembre	50	Se ha revisado oportunamente	
							171	Atender en un 100% los requerimientos establecidos por los entes competentes relacionados con el área	Diciembre	100	El 3 de julio se recibio visita de la Sec Salud local se verifico comuplimiento de requisitos visita anterior y frente a residuos. Se recibio visita de coomeva y se dio cumplimiento a los requerimientos.	
							140	Asesorar en el desarrollo de la planta de tratamiento de aguas residuales cuando las directivas lo requieran	Junio	100	En el momento no se me requerido para dicho proyecto	
			Promover prácticas de producción limpia y uso racional de los recursos naturales.	Consumo percapita de agua		Semestral	173	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de agua y energía	Julio	100	Se va a cotizar tanque de tratamiento primario	
							140	Realizar la colocación de los ahorradores de agua en 5 pocetas de la institución	febrero	100	el 28 de febrero del presente año, se coloco nuevamente algunos ahorradores que por	
				Consumo perca pita de luz		Semestral	175	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de luz	Julio	50	Se hizo capacitación en julio en la sede JHGN	
							140	Capacitar al personal de las dos sedes en el plan de manejo de residuos	Junio	100	Se realizo el 28 y 30 de octubre ambas sedes con ecologica	
							177	Divulgar el plan de contingencia de manejo de residuos	Diciembre	100	Se realizo en octubre en ambas sedes	
							140	Capacitar al personal de servicios generales de las dos sedes en el instructivo de recolección, transporte y disposición final de residuos	Mayo	100	Se realizo el 26 de agosto	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL PA06	Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión Ambiental encaminado al desarrollo sostenible a través del uso eficiente de los recursos e incentivando la formación de una cultura ambiental institucional.		Generación percapita de residuos		Semestral	140	Divulgar el instructivo de manejo seguro de cortopunzantes	Febrero	100	en el mes de febrero Se realizó la divulgación del instructivo de manejo integral de cortopunzantes uso adecuado del guardián con un total de 65 personas capacitadas	78.94736842
							180	Mantener los indicadores de residuos	Diciembre	100	Se generan mensualmente y se presentan en el informe a directos y GAGA	
							140	Generar información sobre el manejo de residuos dirigido a la comunidad	Junio	100	Se construyo información y se publico en redes sociales y televisores. Se puso un stan el 30 de octubre con bioentorno sobre la disposición de medicamentos vencidos en el hogar.	
							140	Establecer con participación del coordinador de servicios generales el cronograma de podas y demás actividades de mantenimiento de zonas verdes de la institución	Marzo	100	Se establecio de forma mensual y se esta cumpliendo	
							183	Mantener actualizada la información del hospital y generar informes periódicos a la gerencia y subdirección administrativa y financiera	Diciembre	100	Se envian de forma mensual a los directivos	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			Mantener los programas de mejoramiento continuo de los procesos ambientales en la institución.	Proporción de actividades ambientales desarrolladas	>90%	Semestral	184	Realizar auditorias externas a las entidades encargadas de la recolección, transporte y disposición final de los residuos generados en la institución	Diciembre	100	21/03/2019 visita de auditoria a la planta de tecniamsa ubicada en mosquera cundinamarca donde se verifico el cumplimiento normativo en la disposición de relleno de seguridad y los hornos allí ubicados que sirven de apoyo en caso de contingencia al horno de manizales. tambien se realizo el 05/04/2019 inspección al vehiculo de rioaseo	
							185	Cumplir con el cronograma de fumigación que se adelantara al interior de la institución teniendo encuenta la frecuencia contratada.	Diciembre	100	se ha realizado en la sede Jorge Humberto Gonzalez Noreña 4 de los 12 controles de roedores programados y 2 de los 6 controles programados. Para la sede Gilberto Mejía se han realizado 4 de los 12 controles de roedores programados y la instalación de 3 trampas y 1 de los 6 controles programados Dando así cumplimiento a las actividades que se tenían programadas para el periodo de enero – abril del presente.	
			Desarrollar y hacer seguimiento de Las dimensiones del Modelo Integral de Planeación y Gestión	Proporción de implementación del Sistema de Control Interno	50% anual	Semestral	140	Construir y documentar la política de servicio al ciudadano	Marzo	100	Resolución 031 de feb de 2019	
							140	Construir y documentar la política de participación ciudadana	Marzo	100	Resolución 031 de feb de 2019	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	CONTROL INTERNO Y GESTIÓN ECO1	Implementación, fortalecimiento y mantenimiento del Sistema de Control Interno	Retroalimentar a la institución y a los Entes de Control frente al desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno dentro del marco normativo.	Proporción de informes presentados	95%	Semestral	188	Realizar auditorías de control general según el cronograma establecido	Diciembre	100	Se realizó auditorías y el primer seguimiento a todos los procesos de la sede Gilberto Mejía y a todos los procesos de salud pública.	100
							189	Realizar auditorías de control permanente a los procesos de contratación, gestión financiera y atención al usuario	Diciembre	100	Se ha realizado auditorías a los informes de atención al usuario y se ha tenido presencia permanente en el comite de contratación verificando que se sigan los lineamientos previstos en las listas de chequeo y en el manual de contratación.	
							190	Realizar las auditorias de control inmediato cuando se presenten evento extraordinarios en la institución	Diciembre	100	Se han realizado las investigaciones pertinentes cuando ocurren imprevistos en los diferentes procesos y requieren la presencia de control interno por ejemplo en perdida de equipos y en daño de equipos; de donde mas solicitan la intervención de control interno	
							191	Presentar al departamento administrativo de la gestión publica la autoevaluacion anual al sistema de control interno	Diciembre	100	Se presento oportunamente	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
COMPONENTE DE EVALUACIÓN Y CONTROL							192	Presentar a la contaduría general de nación la evaluación del sistema de control interno contable de la institución	Diciembre	100	Se presento el 27 de febrero	
							193	Presentar ante la junta directiva los hechos relevantes de las auditorías realizadas	Diciembre	100	Se presenta informe a la junta directiva cada 2 meses	
							194	Monitorear la integración de los planes institucionales.	Diciembre	100	Se verifico su integración en el plan de acción	
							195	Monitorear la documentación, implementación y monitoreo del MIPG	Diciembre	100	Se realiza monitoreo participando en el comité de gestión y desempeño, con seguimiento a las actas y mediante el informe pormenorizado	
							196	Realizar capacitaciones referentes a la implementación de mecanismos de gestión del riesgo tanto para las áreas asistenciales como administrativas de la institución	Diciembre	100	Se capacito al personal prente al mapa de riesgos.	
			Fortalecer el procedimiento de atención al usuario velando por dar respuestas que garanticen el acompañamiento, la integralidad de la atención, accesibilidad, continuidad, oportunidad, calidad y calidez.	Tasa de satisfacción global	>90%	Mensual	140	Implementar un formato de registro consolidado de PQRS que permita hacer seguimiento a la oportunidad en la respuesta	Abril	100	Se creo un formulario de google para realizar gestión de PQRSF en una hoja de google que estara disponible para consulta, ademas permite sacar estadísticas más amigablemente	60
							198	Socializar el código de ética y buen gobierno	Diciembre			
							199	Presentar informes periódicos de actividades del área	Diciembre			
							140	Apoyar la convocatoria a la rendición de cuentas	Abril	100	Se realizo convocatoria mediante la asociación de usuarios, se alcanzo una buena asistencia.	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	CALIDAD Y MEJORA CONTINUA EC02	Definir, planificar e implementar el seguimiento, medición, análisis, control y mejora continua, necesarios para asegurar el Sistema de Gestión de la Calidad, autocontrol y la satisfacción de los usuarios y su familia para la toma de decisiones.					140	Realizar plan de trabajo del comité de ética	Marzo	100	Se presento plan de trabajo al comité y fue aprobado	
			Fortalecer, sensibilizar e incentivar la seguridad del paciente para la prevención de los eventos adversos y la participación de un grupo multidisciplinario que promueva análisis y gestión en la prevención de las acciones inseguras.	Índice de eventos adversos	<0.5%	Mensual	140	Estructurar una estrategia en conjunto con el personal en formación para fortalecer la cultura de seguridad	Junio	100	Se trabajocon los estudiantes de la UCO, pendiente entregar informe, entre las tareas está educación a los familiares en normas de aislamiento, observación oculta de higiene de manos en cirugía, urgencias y GO. Se programan actividades a realizar en el segundo semestre.	100
							140	Estructurar un grupo de vigías de seguridad	Junio	100	Se nombra un grupo de observadores ocultos	
				Proporción de eventos adversos gestionados	100%	Mensual	140	Implementar las rondas con participación administrativa y asistencial	Junio	100	Se está realizando 1 ronda de seguridad administrativa cada 15	
							205	Implementar un programa de capacitaciones	Diciembre	100	Se realizaron las capacitaciones programadas en los diferentes servicios	
			Estructurar y desarrollar el procedimiento de auditoría administrativa y médica en las diferentes áreas que permitan realizar control de los procesos administrativos y la garantía en la calidad de la prestación del servicio y el mejoramiento continuo de ambos.	Proporción de cumplimiento del Plan de Auditorías	90%	Semestral	206	Articular e implementar la auditoria de forma transversal en el servicio de obstetricia	Diciembre			50
							207	Implementar el programa de auditoria de mejoramiento de la calidad	Diciembre	100	Se implemento una auditoria de calidad a los servicios que contemple tanto habilitación como proceso	
							208	Actualizar e implementar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Diciembre	100	Se actualizo y se realizan las actividades conforme el cronograma	
							140	Implementar la política de administración del riesgo	Abril	50	Se aprobo y se construyo el mapa	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			Implementar el procedimiento de Planes de Mejoramiento mediante el seguimiento y la socialización de los hallazgos a todo el personal.	Proporción de planes de mejora ejecutados	90%	Trimestral	140	Implementar el cuadro de mando de indicadores	Junio	100	Se actualizo el cuadro de indicadores y se dejo disponible en linea en el drive para reportar datros y consultar	66.66666667
							140	Actualizar el procedimiento de estilo de direccionamiento	Mayo	0		
							140	Construir y documentar la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	Junio	100	Se presento la politica en el comité institucional y gestión y desempeño, se paso para firma a gerencia	
							140	Construir y documentar la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Junio	100	Se incluyo dentro de la Politica de planeación	
										PROMEDIO DE CUMPLIMIENTOS		76.80748663