

	PROCESO DE PLANEACIÓN								Código: LPE0101002		
	PLAN OPERATIVO 2019								Versión: 01		
									Páginas: 13		

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					87.5
							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.	
							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	100	Se dio inicio a la ejecución del proyecto en sus actividades de logística y contratación	
							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	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
							8	Implementar el CRUE del Municipio.	Diciembre	100	Se dio inicio en mayo	100
							MANTENIMIENTO PLANTA FÍSICA					
							9	Cumplimiento del plan de mantenimiento de planta física	Diciembre	100	Reporte realizado a la super. Archivo 502	
							EQUIPOS BIOMÉDICOS					
							10	Adquisición, reposición y mantenimiento de equipos	Diciembre	100	Se hace posición de lamparas de cieliticas, maquinas de anestesia, se adquiere un nuevo equipo de rx, monitores de signos vitales, entre otros	
							MUEBLES Y ENSERES					
							11	Adquisición, reposición y mantenimiento de muebles y enseres	Diciembre	100	Se realizaron varias adecuaciones en urgencias, oficina de control interno, entre otros	
	ES 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	
							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	
							16	Actualizar el portafolio de servicios de forma más llamativa	Junio	0		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS ESTRATÉGICOS	MERCADERO Y COMUNICACION	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	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	80
			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	
			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	100	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 permanece en comunicación continua con los auditores de las EPS	100
							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	100		

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.	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	100
							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 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	30	Realizar una planeación adecuada de los diferentes procesos contractuales	Diciembre	100	Se realiza durante todo el año	
							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	
							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	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	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			actuaciones que requieran algún tipo de soporte legal.	Ejecutadas			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 y humana de los pacientes	Proporción de quejas recibidas	10%	Mensual	36	Implementar programa de capacitación	Diciembre	100	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.	
							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.	
							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.	

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.	Reorganizar las áreas internas del servicio tanto en la infraestructura como en el modelo de procesos para la adecuada prestación del servicio.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	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.	80
							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.	
			Impactar los tiempos de espera en la atención de urgencias mediante el mejoramiento en las áreas de CRUE y Triage.	Tiempo de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II	<30 minutos	Mensual	42	Actualizar material educativo sobre la clasificación en urgencias	Marzo	100	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.	
							43	Educar a los usuarios frente al uso racional de los servicios de urgencias	Junio	100	Se realizo educación con estudiantes en las salas de espera	
				Proporción de remisiones aceptación	50%	Semestral	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	100	Se realizaron en conjunto con Savia Salud	
							45	Estandarizar el proceso de traslado de pacientes entre las sedes	Junio	100	Se mejora la comunicación eliminando procesos de referencia dado que son dos sedes del mismo hospital	
							SALUD VISUAL					

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
							46	Continuar con la implementación del programa Alegrarte de la alcaldía para la población escolar de Rionegro	Diciembre	100	El mes de diciembre 2019 se terminaron las actividades del programa con alcaldía y se logro cumplir las metas planteadas.	100
							47	Fortalecer la oferta de servicios de óptica y consulta de optometría en la sede GMM	Junio	100	Se amplio el inventario de monturas disponibles en la óptica, ventas de accesorios y lentes. Se fortaleció el tiempo para atención de pacientes de optometría particulares y de Ortoptica	
							48	Realizar medición y monitoreo de los indicadores propios del área de salud visual	Diciembre	100	Se entrego calidad cuadro con reporte de indicadores de 2019 actualizado	
							49	Continuar etapa de implementación de las guías adoptadas y medir adherencia	Diciembre	100	Se realizo socializacion con los especialistas y se inicio proceso de revision de adherencia con verificacion de historias clinicas	
							50	Generar estrategias de mercadeo de salud visual con el área de comunicaciones	Diciembre	100	Se entregaron 5 videos educativos de cuidado visual y principales alteraciones oculares al area de comunicaciones para difusion, se realizo divulgacion de nuevo procedimiento de ecografia ocular .	
			Crear programas que incentiven el desarrollo de los servicios de Consulta Externa.	Número de programas de Consulta externa creados		Semestral	CONSULTA EXTERNA					

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 trabajo en equipo	
			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
			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 seguimiemo 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 seguimiemo 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		80
							62	Implementar los paquetes instruccionales de seguridad del paciente asignados	Diciembre	100	Se implementaron los paquetes de úlceras por presión, caídas, enfermedad mental, identificación del paciente, infecciones asociadas a la atención en salud y comunicación adecuada.	
			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	100	Se realizaron stan de educación de medicamentos, rondas educativas con seguridad del paciente y videos en los televisores	
							64	Adecuar espacios que mejoraen la comodidad del usuario	Diciembre	100	Se comprron sillas para las salas de espera, se reorganizaron procesos para disminuir las filas y se adecuo el servicio de rx	
							65	Continuar con la implementación de la estrategia IAMII y solicitar la certificación	Diciembre	100	La institución fue certificada en diciembre	
							66	Adquirir los equipos biomédicos necesarios para la atención del parto humanizado (GMM)	Junio	100		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS MISIONALES			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 documentó el protocolo de parto humanizado	
							68	Actualizar el manual administrativo de enfermería	Diciembre	0		
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	69	Capacitar al personal médico y de enfermería de la sede en la atención del parto humanizado (GMM)	Mayo	100	Se dio inicio al convenio con la fundación mujeres bachue quienes han capacitado y sensibilizado al personal	
							70	Capacitar al personal médico 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	71	Realizar inventario de instrumental y solicitud de necesidades	Marzo	100	Se reviso necesidad de instrumental, se hizo compra de pinzas para laparoscopia	85.71428571
							72	Reubicar el puesto de facturación para mejorar el control de circulación al área	Diciembre	0		
							73	Reorganizar las funciones del personal para optimizar los tiempos quirúrgicos	Junio	100	Se estabilizaron tres enfermeras para el servicio y se hizo distribución de responsabilidades	
			Creación. revisión.	Proporción de documentación actualizada	25% anual	Anual	74	Implementar estrategias para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	Abril	100		
							75	Actualizar la documentación del servicio que resulte relevante con los procesos desarrollados en la vigencia	Diciembre	100	Se actualizo el protocolo de lavado de manos, circulación en el servicio, apertura de mesa quirúrgica.	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			actualización e implementación de procedimientos y protocolos de atención.				76	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 cirugía por el aplicativo	
				Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	10%	Semestral	77	Establecer rondas de seguridad por parte de los jefes e implementar planes de mejora	Diciembre	100	Los jefes acompañan las rondas de seguridad del paciente	
							LABORATORIO CLÍNICO					
	POYO DIAGNÓSTICO PM05						78	Desarrollo interface Servinte	Diciembre	100	Se desarrollo la interface del softwae de laboratorio Enterprise con la historia Clinica	83.33333333
							79	Interface Analizador Microbiología	Diciembre	100		
							80	Renovación tecnológica Hormonas, uroanálisis y Microbiología	Diciembre	100	Se renovaron 3 tecnologías del laboratorio	
							81	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.	
							82	Terminar de organizar infraestructura y muebles de laboratorio.	Diciembre	40	Se instalo ducha lava ojos	
							83	Actualización de documentación del área y aplicación de adherencias.	Diciembre	100	Se actualizo la documentación pendiente publicar	
							LABORATORIO PATOLOGÍA					
			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	84	Organizar el archivo histórico de placas y bloques, con inventario de material actual	Diciembre	0	No es posible realizarse por la restricción de espacio	
							85	Realizar publicaciones científicas	Diciembre	100	Se realizaron publicaciones y se siguen desarrollando	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	A	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.					86	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	66.66666667
							RAYOS X					
							87	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	100
							88	Revisar y actualizar la documentación del área	Diciembre	100	Se actualizo el manual de preparaciones, calidad de imagen, manual de procedimientos	
							89	Realizar estrategias de mercadeo	Diciembre	100	Se promociono mamografias, las resonancias y dopler	
		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.	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					
							90	Fomentar la donación voluntaria a través de llamadas y correos a nuestros donantes y redes sociales	Diciembre	100	Nuestras Redes Sociales estuvieron activas durante todo el año sensibilizando a la donacion de sangre voluntaria, durante todos los meses se realizaron llamadas a todos los donantes	
							91	Entregar tarjetas del Programa "La sangre nos conecta a todos" a todos los donantes	Diciembre	100		
							92	Promover la donación en los empleados de la institución en casos de stock bajo de hemocomponentes	Diciembre	100	Se realizo Jornada de Donacion de sangre en la Institucion con una respuesta positiva de los empleados	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	APOYO TERAPÉUTICO PM06						93	Realizar proyecto educativo "Los niños y la donación de sangre"	Diciembre	100		100
							94	Actualizar videos de educación a los usuarios sobre la donación de sangre	Diciembre	100	Con el apoyo de la comunicadora social de la Institucion se actualizaron los videos de promocion y educacion para la donacion de sangre	
							95	Promocionar la donación en universidades y empresas	Diciembre	100	Se realizaron durante el año 130 jornadas de donacion de sangre	
			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	96	Fortalecer las relaciones con los servicios de transfusión	Diciembre	100	Rentabilidad obtenida en el año 47%	100
							97	Realizar cambio de tecnología en las áreas de inmunohematología y pruebas biológicas con el fin de agilizar los procedimientos	Diciembre	100	Se realizo Cambio de tecnologia para el área de fraccionamiento, las demas areas no fue posible por se requiere reforma a la plnata fisica	
			Mantener los estándares de accesibilidad, oportunidad, confidencialidad y seguridad, con el fin de lograr reconocimiento y satisfacción de los usuarios.	Oportunidad en la entrega del componente	De acuerdo a la solicitud	Mensual	98	Realizar una auditoria en el año a los servicios transfusionales con los que tenemos contrato	Agosto	100	Se verifico esta actividad por medio de encuestas de le evaluacion de encuesta al cliente interno y	
							99	Realizar auditorias internas por áreas de trabajo	Diciembre	100	Se ejecutaron las auditorias internas a cada una de las areas de trabajo	
							100	Realizar inducción específica en banco de sangre y transfusión sanguínea a todo el personal que ingresa a la institución	Diciembre	100	Durante todo el año se desarrollaron las inducciones al personal nuevo que ingreso a la Institución	
			Desarrollar, fortalecer y mantener las actividades y procesos de restablecimiento del estado de salud de los usuarios con oportunidad, efectividad y	Oportunidad en la realización de terapias	Según terapia	Mensual	FISIOTERAPIA					66.66666667
							101	Realizar tres capacitaciones propias del servicio	Diciembre	100	Se realizaron 3 capacitaciones	
							102	Revisar y actualizar la documentación del área	Diciembre	100		

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			oportunos, efectivos y calidad.				103	Realizar estrategias de mercadeo	Diciembre	0		
	SERVICIO FARMACÉUTICO Y CENTRAL 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	104	Implementar el protocolo de dipirona	Octubre	100	se actualizo y socializo con el personal, con control por parte de las aux de farmacia	100
							105	Estructurar la metodología para el recobro de termómetros	Septiembre	100	Se entrego un termomentro por auxiliar de turno y srealiza entrega por turno, si se daña se hace cambio, si se pierde lo paga el personal	
							106	Estandarizar el uso de insulinas	Octubre	100	Se envio oficio con el procedimiento de orden de lapicero o stodk quirururgico según el caso	
							107	Implementar el seguimiento farmacológico	Septiembre	100	Se realiza ronde se seguimiento por la QF asistencial y se generan informes y retroalimentación.	
							108	Realizar autoinspecciones del área de producción de aire medicinal	Diciembre	100	Se realizaron en junio y diciembre	
			Mantener y preservar el proceso de producción de aire medicinal.	Número de lotes de aire medicinal producido	4	Mensual	109	Realizar planes de mejora a los hallazgos identificados en las autoinspecciones y auditorias	Diciembre	100	No se tuvieron hallagoz representativos, se debe pintar nuevamente.	
							110	Diseñar capacitación y evaluación por medio del aula virtual basado en el protocolo de reprocesamiento.	Abril	0		
			Implementar políticas y protocolos de reprocesamiento de material médico quirúrgico.	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Anual	111	Dar cumplimiento al protocolo en todo los servicios del hospital.	Junio	0		
							112	Capacitar con temas propios del servicio al personal	Diciembre	100	Se realizaron en cada reunión administrativas, algunas con apoyo de laboratorios	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
		Crear e implementar el Sistema de Gestión de Calidad en la Central de Esterilización.	Remodelar y acondicionar el área física de Central de Esterilización.	Proporción de cumplimiento de requisitos de habilitación	100%	Anual	113	Solicitar mediciones ambientales del ETO a la casa comercial	Diciembre	100	Se realizaron solicitudes, para analisis de costo beneficio	57.14285714
							114	Hacer estudio sobre adquisición de un nuevo autoclave para abastecer las necesidades de esterilización en el hospital.	Diciembre	0		
							115	Realizar inspecciones en los servicios	Diciembre	100	Se iniciaron las inspecciones y participación en el comité de infecciones	
							116	Hacer estudio de costos del proceso de esterilización	Diciembre	100	Se revisaron los costos de esterilización en ETO permitiendo tomar decisiones frente la esterilización de ambus	
		Definir una política de equilibrio salarial e incentivos y reconocimientos.	Política establecida	Política establecida	si	Anual	117	Estructurar e implementar el Plan de Incentivos Institucionales	Marzo	100	Se definieron las actividades y se han realizado de acuerdo al cronograma	
							118	Actualizar el procedimiento de bienestar e incentivos	Junio	100	Se aprobo y publico en agosto	
							119	Ejecutar las Actividades de Bienestar	Diciembre	100	Se implementaron actividades de capacitación, deportivas, y culturales	
							120	Estructurar el Plan anual de vacantes	Junio	100	Se aprobo y publico en agosto	
							121	Estructurar el Plan de Previsión de Recursos Humanos	Junio	100	Se aprobo y publico en octubre	
							122	Presentar el Plan Estratégico de Talento Humano	Marzo	100	Se encuentra publicado en la biblioteca institucional	
							123	Estructurar e implementar el Plan Institucional de Capacitación	Marzo	100	Pendiente aprobar	
							124	Actualizar y digitalizar la documentación de Talento Humano 35%	Junio	100	Se tienen las hojas del personal en medio magnetico	

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	125	Construir el cronograma de capacitaciones y publicarlo	Marzo	100	Se envió a todos los correos y se publicaron las capacitaciones en el aula virtual	95.83333333
							126	Cumplir con el 80% de las capacitaciones programadas	Diciembre	100		
							127	Realizar cuatro reuniones de personal con el gerente (Mi gerente escucha)	Diciembre	0		
							128	Desarrollar los perfiles de cargos pertenecientes al Direccionamiento Estratégico	Junio	100	Se elaboraron los perfiles de los líderes en el conveio con el CES	
							129	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	
							130	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 científica	
			Implementar y desarrollar el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo	Proporción de implementación del procedimiento	50% anual	Semestral	131	Presentar el Plan de trabajo anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Marzo	100		
							132	Planear y desarrollar el Paquete Instruccional Fatiga laboral	Marzo	100		
							133	Realizar auditoría de cuadros de turno y asignaciones	Marzo	100	Se realizan auditorias de cuadros de turno mensualmente, se tiene cuadro de hallazgos	
							134	Realizar informe de ausentismo por patologías asociadas al cansancio laboral	Abril	100	Se tiene en el aplicativo de colmena	
							135	Realizar jornada de vacunación Influenza	Septiembre	100	Se realizo según lo programado	
							136	Actualizar la matriz de peligros	Septiembre	100	Se actualizo con todas las áreas	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
			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	Realizar Inspección en central de gases medicinales	Diciembre	100	Se realizo según lo programado	
							138	Construir el Cuadro de Turnos general del personal en formación	Marzo	100	Se tiene mes a mes el cuadro de estudiantes	
							139	Cumplir con el cronograma de Comité Docencia Servicio	Diciembre	100	Se realizan cuatro en el año	
							140	Actualizar el reglamento de personal en formación	Junio	100	Publicado en la biblioteca	
	JMENTAL PA02		Lograr una cultura organizacional que genere mejores canales de comunicación.	Proporción de adherencia a los procesos	25% anual	Semestral	SISTEMAS					100
							141	Presentar e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – PETI	Marzo	100	Documentado, aprobado y publicado. Implementación en desarrollo	
							142	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	100	Se realizo en diciembre	
							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	
							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	
							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 inicia la construcción del inventario de historias clínicas mediante un archivo en drive.	

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	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.	Reorganizar el archivo clínico garantizando su funcionamiento eficiente	Proporción de desviaciones frente a los procedimientos	<10%	Semestral	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	100
							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	>90%	Semestral	CENTRO ADMINISTRATIVO DE DOCUMENTOS					83.33333333
							149	Revisar y ajustar el Plan Institucional de Archivos PINAR de acuerdo a MIPG	Junio	100	Se elaboro y pasara a revisión del asesor	
							150	Terminar el levantamiento de encuestas de unidades documentales	Julio	100	Se levantaron todas las dependencias	
							151	Elaborar propuesta de actualización Tablas de Retención Documental	Marzo	100	Pendiente de revisar con asesor	
							152	Presentación propuesta de actualización Tablas de Retención Documental	Junio	100	Se llevo al comité institucional de gestión y desempeño	
							153	Realizar ajustes a propuesta de tablas	Octubre	0		
							154	Capacitar al personal en el manejo de las comunicacioners incluyendo las plantillas electrónicas para la elaboración de documentos.	Diciembre	100	Se realizo el 16 de agosto	
			Rediseñar y ajustar el procedimiento de	Proporción de			155	Capactirar al personal en temas propios del área	Diciembre	100	Se realizaron capacitaciones de servicio al cliente, uso de plataformas, datos de identificación	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
PROCESOS DE APOYO	FINANCIERA PA03	Generar condiciones financieras, sociales e institucionales que permitan viabilidad, sostenibilidad y el desarrollo en el mediano y largo plazo.	facturación que permita una relación directa y acorde con el servicio misional.	Proporción de acciones facturadas	>95%	Trimestral	156	Reestructurar el proceso de facturación articulando las auditoras de sala	Diciembre	100	Se ha ajustado el proceso, esta pendiente la documentación, se logro un aumento en la radicación de facturas	100
			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	100	Se realizaron las conciliaciones en las fechas estimadas	50
							158	Disminuir la cartera en un 10% con realción 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	160	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 solicitas y de norma según la matriz de requisitos legales	
	MÉDICOS PA04	Garantizar que la institución cuente con los suficientes	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	162	Estructurar el Plan anual de adquisiciones	Febrero	100	Se subio al secop oportunamente	
							163	Reestructurar el procedimiento de almacen 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	

LÍNEA DE ACCIÓN	PROCESOS	ESTRATEGIA	META	INDICADOR	META INDICADOR	PERIODICIDAD	ACTIVIDAD		FECHA DE SEGUIMIENTO	CUMPLIM.	OBSERVACIÓN	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO
	RECURSOS FÍSICOS Y BIO	Cuenta con los suficientes recursos físicos, biomédicos, tecnológicos e insumos para el cumplimiento y desarrollo de la misión.	Controlar inventarios de bienes e insumos conforme al consumo y deterioro que permitan el uso racional.	Proporción de registros e informes actualizados	100%	Trimestral	164	Implementar el manual de Inventarios con todos sus formatos	Junio	100	Se codificaron y socializaron los formatos, además se envió comunicado a todas las áreas frente al manejo y recepción de activos	80
			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 tecnológica	Diciembre	0		
							166	Realizar compra de equipos y/o mantenimientos requeridos para el buen funcionamiento	Diciembre	100		
		Minimizar los impactos ambientales que se puedan generar en las actividades de la prestación del servicio.	Proporción de impactos ambientales mitigados	>90%	Semestral	167	Realizar las gestiones pertinentes para la compra de estivas para el manejo de residuos químicos	Junio	100		El día 7/06/2019, se solicitaron las cotizaciones por correo electrónico a Green plastic, Insuma, Ecoformas y Solco	
						168	Establecer el instructivo para seguridad del manejo de productos químicos	Abril	100		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	
						169	Realizar reorganización de los kit antiderrames de la institución	Abril	41		Se tienen listos 13 de 41	
						170	Revisar y evaluar de forma semestral la legislación ambiental y sanitaria aplicable a la institución	Diciembre	100		Se ha revisado oportunamente	

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	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.	
							172	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	
							174	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 motivos de	
				Consumo perca pita de luz		Semestral	175	Capacitar al personal de las dos sedes en el uso racional de luz	Julio	100	Se hizo capacitación en julio en la sede JHGN y se socializo por correo al GMM	
							176	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 ecologista	
							177	Divulgar el plan de contingencia de manejo de residuos	Diciembre	100	Se realizo en octubre en ambas sedes	
							178	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	179	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	94.73684211
							180	Mantener los indicadores de residuos	Diciembre	100	Se generan mensualmente y se presentan en el informe a directos y GAGA	
							181	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.	
							182	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 encuentra 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	186	Construir y documentar la política de servicio al ciudadano	Marzo	100	Resolución 031 de feb de 2019	
							187	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 EC01	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	197	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	100
							198	Socializar el código de ética y buen gobierno	Diciembre	100	Se realizaron cine foros para socializar los vaores, se compartieron con el comité de etica	
							199	Presentar informes periódicos de actividades del área	Diciembre	100	Se presentaron informes trimestrales a la secretaria de salud de PQRSF donde se	

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.					200	Apoyar la convocatoria a la rendición de cuentas	Abril	100	Se realizo convocatoria mediante la asociación de usuarios, se alcanzo una buena asistencia.	
							201	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	202	Estructurar una estrategia en conjunto con el personal en formación para fortalecer la cultura de seguridad	Junio	100	Se trabajo con 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
							203	Estructurar un grupo de vigías de seguridad	Junio	100	Se nombra un grupo de observadores ocultos de higiene de manos	
				Proporción de eventos adversos gestionados	100%	Mensual	204	Implementar las rondas con participación administrativa y asistencial	Junio	100	Se esta realizando una ronda de seguridad administrativa cada 15 días	
							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 hospitalización	Diciembre	100	Se tomaron las principales patologías de hospitalización y se realizo auditoria concurrencia y retroalimentación con los auditores de las eps	100
							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	

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	209	Implementar la política de administración del riesgo	Abril	100	Se aprobo y se construyo el mapa. Se socializo con las áreas y público en la página web	100
							210	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	
							211	Actualizar el procedimiento de estilo de direccionamiento	Mayo	100	Se actualizo acorde al MIPG y se agregaron funciones de dependencias	
							212	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	
							213	Construir y documentar la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Junio	100	Se incluyo dentro de la Politica de planeación	
								ACTIVIDADES CUMPLIDAS EL 100%		193	PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO	90.61032864
										PROMEDIO DE CUMPLIMIENT		92.5047619