



VIGENCIA: 2015

FORMULACIÓN									
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO	QUIÉN		CUÁNDO		Cantidad de Medida
					PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia en granja y ecoturismo en salud mental	Al cierre de 2016 se incorpore en el programa de rehabilitación en salud mental, la totalidad del proyecto de laborterapia y ecoturismo.	(Fases del proyecto incluidas e implementadas en el Programa de Rehabilitación / Total fases proyectadas) x 100	Actualizar el programa de rehabilitación integral del laborterapia de granja que logre la readaptación social	Incorporar dentro del programa de rehabilitación los proyectos actuales y nuevos de acuerdo al estudio y fases programadas para implementarse en la vigencia.	REHABILITACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Equipo de rehabilitación Equipo directivo	08/04/2015	31/08/2015	1
			Elaborar propuesta para el diseño de una granja agroecológica y ecoturística en salud mental mediante técnicas agrosilvopastoriles, ecológicas y sostenibles, integrado al modelo de atención de salud mental del Hospital	Realizando un diagnóstico de la situación actual de la granja, formulando el proyecto en tres etapas (planeación; diseño; divulgación y socialización) y y estructurando las líneas de acción para la producción.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Equipo Directivo	16/02/2015	31/07/2015	1
			Gestionar recursos de cooperación ante distintas entidades para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud mental	Ofertar los proyectos y su impacto en la salud mental de la población.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Equipo Directivo	01/07/2015	31/12/2015	1
			Aplicar el programa de rehabilitación integral a los pacientes de salud mental	Desarrollando el programa de rehabilitación, de acuerdo con las posibilidades técnicas y financieras.	REHABILITACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Equipo de rehabilitación Equipo directivo	01/05/2015	31/12/2015	8
			Identificar desviaciones y emprender acciones de mejoramiento frente al programa de rehabilitación.	realizando mensualmente, seguimiento y evaluando la aplicación del programa y detectando oportunidades de mejora	REHABILITACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Equipo de rehabilitación Equipo directivo	01/05/2015	31/12/2015	8
Implementar el modelo de la acreditación en	Al cierre del 7o ciclo se obtenga una	Sumatoria de calificación de cada	Actualizar la política de calidad basada en el Modelo de Sistema Único de Acreditación, reafirmando el compromiso de acreditar el Hospital	Expidiendo un acto administrativo que modifique la Resolución 062 de junio 28 de 2012, debido a cambios normativos y la nueva plataforma estratégica del HEGI.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente Funcionario, líder de calidad	13/04/2015	30/04/2015	1
			Redefinir la conformación de los equipos de Acreditación	Analizando el resultado del equipo anterior, detectando necesidad de modificación y asignando los funcionarios y colaboradores que conforman los nuevos equipos	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente Funcionario, líder de calidad	10/08/2015	15/08/2015	1
			Hacer visitas de referenciación comparativa y competitiva para fortalecer el mejoramiento, de manera periódica	Referenciando el Hospital frente a instituciones acreditadas, con el fin de identificar oportunidades de mejora.	EQUIPO DE REFERENCIACIÓN	Funcionarios asignados	02/02/2015	31/08/2015	2

Implementar el modelo de acreditación en servicios de salud	Al cierre del 2015 se obtenga una calificación superior a 3.5	grupo de estándares / total de grupos estándares	Desarrollar y realizar cierre de los ciclos de mejoramiento	Realizando cierre del 5o ciclo (31/03/15) y continuando el proceso con el desarrollo y respectivo cierre de los ciclos 6o (31/07/15) y 7o (31/10/15). Efectuando para cada cierre autoevaluación, calificación (determinación del grado de avance y cumplimiento de cada grupo de estándar y del sistema en general), además, emprendiendo las mejoras.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD EQUIPOS DE ACREDITACIÓN	Gerente Funcionario, líder de calidad Equipos de Acreditación	02/02/2015	30/11/2015	3
			Elaborar el Informe de Autoevaluación de Acreditación para el Ente Acreditador y solicitud de visita	Consolidando avances, soportes o evidencias, efectuando la autoevaluación y elaborando el informe y remitiendo dicho documento al Ente Acreditador.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD EQUIPOS DE ACREDITACIÓN	Gerente Profesional Gestión de Calidad Equipos de Acreditación	13/04/2015	15/11/2015	1
Generar conocimiento en salud mental y ambiental	Al cierre del 2015 se definan las líneas de investigación a desarrollar en el ámbito de la salud mental y ambiental; Al cierre del 2016 se desarrolle por lo menos un proyecto de investigación.	Proyecto de investigación desarrollado / Líneas de investigación a desarrollar en el periodo	Definir líneas de investigación en el ámbito de salud mental y ambiental	Efectuando un análisis y estableciendo líneas de investigación que se pueden desarrollar en un programa institucional a mediano y largo plazo.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO COORDINACIÓN ASISTENCIAL GESTIÓN DE CALIDAD	Gerente Coordinador Asistencial Profesional Gestión de Calidad	05/01/2015	30/08/2015	2
			Suscribir y ejecutar convenios de investigación; docencia como centro de practica; y educación a la comunidad (población objetivo)	Gestionando ante entidades y firmando convenios orientados a generar conocimiento en salud mental y ambiental	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente	01/09/2015	31/12/2015	1
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener una calificación promedio superior al 85% en la percepción de seguridad	(Sumatoria de porcentajes de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad)	Aprobar y adoptar la política y Programa de Paciente Seguro	Validando la propuesta de actualización de la política y el diseño del programa, y expidiendo un acto administrativo que los adopte.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD	Lider de seguridad del paciente	05/01/2015	31/07/2015	2
			Aplicar el programa de Paciente Seguro en el HEGI	Implementando las prácticas seguras adoptadas por el HEGI (identificación redundante, prevención de fugas, prevención de caídas, infecciones asociadas a intervenciones en salud, etc..) y desarrollando actividades de acuerdo al contenido del programa de paciente seguro.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Lider de seguridad del paciente	01/05/2015	31/12/2015	1
			Medir la efectividad del Programa de Paciente Seguro	Evaluando anualmente dentro de la encuesta de cultura y clima de seguridad, la percepción de la misma.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Coordinador Asistencial	27/07/2015	31/07/2015	1
			Establecer y desarrollar acciones de mejora según el resultado de la medición de la percepción	Definiendo acciones dentro del plan de mejoramiento, según las oportunidades de mejora identificadas en el resultado de la aplicación de la encuesta de cultura y clima	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Comité de Seguridad del Paciente	15/08/2015	31/12/2015	1
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	la cierre del 2016, disminuir en un 50% la cantidad de accidentes e incidentes respecto a la línea base	((Cant de accidentes e incidentes línea base - Cant de accidentes e incidentes de la vigencia)/Cant accidentes e incidentes línea base) x 100	Actualizar el Sistema de Gestión, seguridad y salud en el trabajo	Actualizando el Sistema de Gestión, seguridad y salud en el trabajo de acuerdo a la normatividad	SALUD OCUPACIONAL	Profesional Ocupacional Salud	03/03/2015	30/06/2015	1
			Medir los riesgo psicosocial del personal del HEGI	aplicando encuesta de riesgo psicosocial con el apoyo de la ARL	SALUD OCUPACIONAL	Profesional Ocupacional Salud	03/03/2015	30/06/2015	1
			Elaborar matriz de peligro y aplicar las barrera de seguridad establecidas en la misma	Estableciendo los peligros o riesgos a los que están expuestos los colaboradores del HEGI, definiendo barreras de seguridad y ejecutándolas según lo programado	SALUD OCUPACIONAL	Profesional Ocupacional Salud	01/02/2015	30/12/2015	2
			Revisar, ajustar y aprobar el Manual de Administración del riesgo, determinando modelo, política y metodología de gestión del riesgo.	Desarrollando una jornada de trabajo con los involucrados, revisando y ajustando el documento actual y aprobándolo dentro del SGC para iniciar su aplicación.	Direccionamiento Estratégico Gestión de Calidad	Gerente (Yasmith de los Rios Bermudez) Profesional de Calidad (Mélida Rios)	13/04/2015	29/05/2015	1

Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2016, obtener el mínimo el 50% de efectividad en los controles y barreras de seguridad establecidos para tratar los riesgos identificados en el Mapa.	(riesgos controlados debido a controles y barreras de seguridad efectivas / total de riesgos identificados en el mapa) X 100	Socializar, desarrollar y verificar aplicación de la metodología de administración de riesgos	Divulgando (del 01 al 05/06/15), aplicando (permanente) , efectuando seguimiento (permanente) y evaluando (trimestral) cumplimiento de la metodología de administración de riesgos, según modelo establecido .	Direccionamiento Estratégico Gestión de Calidad	Gerente (Yasmith de los Rios Bermudez) Profesional de Calidad (Mélida Rios)	01/06/2015	31/12/2015	3
			Promover la utilización del mecanismo de reporte de riesgos, incidentes y eventos en el HEGI y medir la efectividad de las barreras de seguridad o gestión frente a estos.	Dando a conocer el funcionamiento del mecanismo y motivando a que se haga uso de este, con el fin de poder prevenir la ocurrencia de eventos y actuar sobre los que se hayan presentando y midiendo según metodología establecida.	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Comité de Seguridad del Paciente	01/05/2015	30/11/2015	2
Administrar la información para su adecuada utilización, análisis y toma de decisiones.	Al cierre de 2016 el 80% de las herramientas tecnológicas y de información habilitadas son efectivas. (medios de comunicación, aplicativos, sistemas información, etc.)	(Cantidad de herramientas efectivas / Cant .de herramientas habilitadas) x 100	Hacer el diagnostico de la información primaria (fuentes externas) y secundaria (procesa en el HEGI).		GESTIÓN DE TICS	Responsable Proceso Recursos Físicos Funcionario Sistemas	01/02/2015	28/02/2015	1
			Priorizar y Definir las herramientas tecnológicas necesarias según diagnóstico.		GESTIÓN DE TICS	Responsable Proceso Recursos Físicos Funcionario Sistemas	01/03/2015	15/03/2015	1
			Desarrollar e implementar herramientas tecnológicas, de acuerdo a la priorización y programación		GESTIÓN DE TICS	Funcionario Sistemas	01/04/2015	30/12/2015	1
			Capacitar en el uso del SIHOS para optimizar su utilización	A través de jornadas de capacitación dirigida a funcionarios y colaboradores del HEGI que tienen responsabilidad en el reporte y manejo del Sistema de Información. (Soporte capacitación)	GESTIÓN DE TICS	Funcionario Sistemas	09/02/2015	27/02/2015	1
			Efectuar mejoras al Sistema de Información SIHOS, de acuerdo a las necesidades para contar con información completa, confiable y oportuna	Analizando las necesidades y de mejora del sistema, definiendo la posibilidad y realizando ajustes o mejoras. (Soporte de mejoras)	GESTIÓN DE TICS	Funcionario Sistemas	02/03/2015	30/06/2015	1
			Actualizar y adoptar el modelo de atención integral en salud mental de forma participativa con los involucrados.	Desarrollando jornadas de trabajo con los involucrados, teniendo en cuenta la política de prestación de servicios de atención integral en salud mental	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO GESTIÓN DE CALIDAD CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Gerente Profesional Gestión de Calidad Coordinador Asistencial Líder de Proceso	04/05/2015	14/08/2015	2
			Actualizar y adoptar la política de prestación de servicios de atención integral en salud mental	Analizando los factores internos y externos y estableciendo la política mediante acto administrativo para ser implementada en el HEGI	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Gerente	04/05/2015	31/07/2015	2

Desarrollar el modelo de atención integral en salud mental establecido en el HEGI	Obtener al cierre de 2016 mínimo un 85% en el seguimiento de eventos de interés (Violencia, Conducta Suicida, Epilepsia, Enfermedad mental) identificados en los municipios del Tolima. Aumentar progresivamente el porcentaje de cumplimiento de la meta de tratamiento en pacientes que egresan del HEGI y lograr al cierre del 2016 mínimo el 85%.	(sumatoria de eventos de interés en salud mental pública identificados con seguimiento / sumatoria de eventos de interés identificados) X 100 (Número de pacientes que logran la meta del plan de tratamiento / Total de egresos en el periodo) x100	Actualizar los documentos relacionados con la prestación de los servicios, de acuerdo al modelo aprobado.	Actualizando los respectivos documentos de los servicios (ambulatorios, hospitalarios, rehabilitación y atención primaria en salud mental), de acuerdo al modelo aprobado	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Gerente Coordinador Asistencial Lider de Proceso	31/07/2015	04/09/2015	1
			Socializar a usuarios internos y externo, los ajustes de los programas de prestación de los servicios: ambulatorios, hospitalarios, de rehabilitación y atención primaria en salud mental.	Desarrollar campaña de divulgación y despliegue del nuevo modelo, con el fin de garantizar el conocimiento, comprensión y aplicación.	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Coordinador Asistencial Lider de Proceso	04/09/2015	11/09/2015	1
			Implementar el nuevo modelo de atención integral en salud mental.	De acuerdo a cada rol, los involucrados deben ejecutar las funciones o labores que les compete, con el fin de desarrollar el nuevo modelo en el HEGI	CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN REHABILITACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO	Coordinador Asistencial Lider de Proceso	14/09/2015	31/12/2015	1
			Evaluar el logro de metas del tratamiento y medición de los indicadores sobre el cumplimiento del modelo	Aplicando el el instrumento para medir el seguimiento de eventos de interés y cumplimiento de metas del tratamiento.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL GESTIÓN DE CALIDAD	Coordinador Asistencial Profesional Gestión de Calidad	01/10/2015	31/12/2015	1
			Realizar seguimiento al cumplimiento del nuevo modelo de atención integral en salud mental y analizar resultados clínicos sobre aplicación del modelo	Verificando la implementación del modelo a través de seguimiento permanente y analizar medición de los indicadores.	COORDINACIÓN ASISTENCIAL GESTIÓN DE CALIDAD	Coordinador Asistencial Profesional Gestión de Calidad	01/10/2015	31/12/2015	2
Mejorar la recuperación de la cartera	En cada vigencia del 2014 a 2016 se logre una rotación de la cartera menor a 150 días	$\frac{360}{\text{(Ventas a crédito del periodo/ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobra al finalizar el periodo)/2)}$	Actualizar el manual de Gestión de cartera	Documentando el reglamento de gestión de cartera.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	01/08/2015	30/08/2015	1
			Gestionar la cartera de acuerdo a lo establecido en el manual	Ejecutando la programación de conciliación de la cartera según agenda y ejecutando los cobros según el reglamento	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	02/01/2015	31/12/2015	12
			Monitorear los resultados de la gestión de cartera	mediante reuniones de análisis de los indicadores de cartera: rotación de cartera, cumplimiento de acuerdos de pago	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	02/01/2015	31/12/2015	12
			Identificar las desviaciones y tomar los correctivos hacia la recuperación de cartera	Analizar los indicadores para detectar las desviaciones y tomar los correctivos oportunamente	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas Profesional de Cartera	02/01/2015	31/12/2015	12
			Estructurar la verificación continua de procesos relacionados con unidades funcionales, centro de costo y productos facturables de cada área del hospital	Diseñar instrumento de verificación de proceso con actividades facturables para la proyección de metas en productividad y levantar el estado actual	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Contadora	01/06/2015	30/09/2015	2

Maximizar los ingresos para responder ante los compromisos	En cada vigencia el resultado de equilibrio presupuestal con recaudo sea > 1	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos (incluyendo CxP de vigencias anteriores)	Facturar y radicar de acuerdo al centro de costo y productos facturables	mediante instrumento, verificar previo a la generación de la factura el contenido de las actividades identificadas en cada proceso con soportes y proceder a la radicación oportuna	GESTIÓN FINANCIERA	Auxiliar de Facturación	02/01/2015	31/12/2015	1
			Monitorizar el proceso de facturación y verificar los motivos de glosas	mediante el diligenciamiento diario de la matriz financiera y el análisis de los resultados obtenidos, así como los motivos de glosa para dar solución oportuna y establecer tiempos óptimos de respuesta	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN FINANCIERA	Gerente Equipo Auditoría de Cuentas	02/01/2015	31/12/2015	1
			Identificar las debilidades para realizar los correctivos en el mejoramiento del proceso de facturación, auditoría y recaudo	Análisis de los indicadores financieros y de glosa	GESTIÓN FINANCIERA	Equipo Auditoría de Cuentas Auxiliar de Facturación	02/01/2015	31/12/2015	1
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2016, obtener 90% Efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos	(Sumatoria de porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Priorizar necesidades de ambiente humanizado	Aplicando matriz de humanización mediante la cual se identifique y prioricen las necesidades según metodología establecida. (Matriz priorización de necesidades)	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	02/01/2015	30/06/2015	1
			Diseñar Programa de Ética y Humanización acorde a la Política de Humanización (PROGRAMA)	Reorganizando el Comité de Ética y Humanización. Estableciendo actividades que promuevan la cultura de humanización y solucione las necesidades identificadas y priorizadas.	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	02/01/2015	30/06/2015	1
			Desarrollar las actividades del programa de Ética y Humanización	Empoderar, involucrar y comprometer a todos los líderes de las unidades Funcionales del HEGI en la realización de actividades. (Soportes desarrollo de actividades)	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	02/02/2015	30/11/2015	1
			Medir el impacto del programa de Ética y Humanización	Encuesta de Cultura de Ética y Humanización	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	02/02/2015	20/12/2015	1
			Mejorar el programa de Ética y Humanización	Análisis de resultados Obtenidos con relación a las variables estructuradas en el programa de Ética y Humanización.	Comité Ético y Humanización	Comité Ético y Humanización	02/02/2015	31/12/2015	1
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr en el 2016 un 80% de efectividad en el Plan de Mejoramiento	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Documentar y socializar el procedimiento de mejoramiento continuo de la calidad	Documentando actividades para aplicar mejoramiento continuo en el HEGI, en las etapas de formulación, ejecución, seguimiento, evaluación y mejora de los planes de mejoramiento. Además, dando a conocer estos lineamientos a los funcionarios y colaboradores. (procedimiento aprobado; soporte de la socialización)	GESTIÓN DE CALIDAD	Profesional Gestión de Calidad	01/04/2015	30/05/2015	2
			Desarrollar campaña de mejoramiento continuo	Desarrollando actividades que permita promover la importancia y aplicación de la mejora continua.	GESTIÓN DE CALIDAD	Profesional Gestión de Calidad	02/02/2015	31/12/2015	1
			Realizar auditorías internas de acuerdo al programa aprobado	Ejecutando las auditorías internas, de acuerdo a procedimiento, estableciendo dentro del informe las debilidades y oportunidades de mejora.	GESTIÓN DE CALIDAD COORDINACIÓN ASISTENCIAL CONTROL INTERNO	Profesional Gestión de Calidad Coordinador Asistencial Jefe Control Interno	02/02/2015	31/12/2015	1
			Realizar seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento	Verificando el cumplimiento de las acciones de mejoramiento establecidas en el plan, de acuerdo al formato aprobado para tal fin. (Informes de seguimiento y evaluación)	GESTIÓN DE CALIDAD CONTROL INTERNO	Profesional Gestión de Calidad Jefe Control Interno	02/02/2015	31/12/2015	1

Mejorar la satisfacción de los usuarios frente a la Prestación de servicios por parte del HEGI	Obtener una satisfacción superior al 90% en los usuarios externos	(Número de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100	Revisar y ajustar mecanismos de evaluación de satisfacción de los usuarios	Analizando el mecanismo actual, identificando mejoras en el mismo y definiendo el más adecuado para efectuar una medición real de la satisfacción	ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU GESTIÓN DE CALIDAD	Trabajadora social Profesional Gestión de Calidad	01/05/2015	30/06/2015	2
			Realizar medición, seguimiento y análisis de los indicadores de atención a las QRSF	Midiendo los indicadores y analizando los resultados y la tendencia de la de los mismos, de acuerdo a la periodicidad descrita en las fichas técnicas.	ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU	Trabajadora social	02/02/2015	31/12/2015	4
			Efectuar medición de la satisfacción de los usuarios (satisfecha; insatisfecha)	Aplicando mecanismo de medición definido y determinando tanto la satisfacción como la insatisfacción de usuarios potenciales y reales.	ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU	Trabajadora social	02/02/2015	31/12/2015	1
			Establecer y desarrollar acciones de mejora según el resultado de la medición de satisfacción de los usuarios	Definiendo y ejecutando acciones de mejora frente al resultado de la medición de satisfacción	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Comité de Seguridad del Paciente	02/02/2015	31/12/2015	2
Contribuir al fortalecimiento de competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Al cierre del 2016, el 90% del personal que se le aplica evaluación de desempeño obtengan calificación satisfactoria o superior.	(Cantidad de personal con calificación satisfactoria o superior / Cantidad de personal que se le evaluó de desempeño (carrera, provisionales, trabajadores oficiales, contratistas) x 100	Documentar, socializar e implementar el procedimiento de planeación de Talento Humano.	Elaborando un procedimiento que contemple todas etapas y respectivas actividades que se requieren para efectuar una planeación del recurso humano.	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	20/04/2015	30/04/2015	1
			Ajustar y socializar procedimiento de vinculación que contemple la etapa de selección de personal.	Documentando las actividades cuando se adelanta proceso de vinculación, el cual incluya un punto de control donde se verifique el cumplimiento de competencias (educación, experiencia, habilidades, etc)	TALENTO HUMANO	Profesional de Recursos Humanos; Ingeniero Industrial	20/04/2015	30/04/2015	2
			Elaborar minuta de contratos de prestación de servicios tercerizados y minuta de estudios previos para contratación de personal de apoyo.	Elaborar minutas de contratos de prestación de servicios donde se incluya una cláusula que garantice la competencia del personal (servicios tercerizados) y minutas de estudios previos para contratación de personal de	TALENTO HUMANO	Profesional Contratación Asesor Jurídico	06/04/2015	30/04/2015	2
			Formular, desarrollar y evaluar Plan de Capacitación incluyendo actividades de retroalimentación que fortalezcan las competencias del personal (planta y contratista)	Incluir en el Plan de Capacitación, actividades de retroalimentación para fortalecer competencias del personal de planta y contratista, en relación a habilidades, relaciones interpersonales y conocimientos en temas específicos.	TALENTO HUMANO	Profesional de Recursos Humanos	13/04/2015	31/12/2015	3
			Actualizar, socializar e implementar el nuevo proceso de inducción y reintroducción	Actualizando el programa de inducción y reintroducción Socializando el nuevo programa a todo el personal Aplicando el programa al nuevo personal	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	03/03/2015	31/12/2015	3
			Verificar el cumplimiento de sistema de evaluación de desempeño para empleados de carrera administrativa	Solicitando copia de la evaluación final 2014 y concertación de objetivos laborales 2015	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	03/03/2015	15/04/2015	1
			Documentar, socializar e implementar proceso de evaluación de desempeño para provisionales, contratistas directos	Definiendo, socializando y aplicando la metodología para evaluar el desempeño	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	19/05/2015	29/05/2015	3
						Gestionar ante la Junta Directiva la aprobación del estudio técnico y modificación de la planta de personal	Presentando necesidad ante la junta directiva y gestionando ante la Secretaría de Salud Departamental.	GERENCIA	Gerente
Elaborar y socializar instructivo de situaciones administrativas que contemple asignación de reemplazos.	Elaborando documentos e incluyendo en su contenido el tema de reemplazos, solicitando su aprobación dentro del SGC y socializando a todo el personal.	TALENTO HUMANO				Profesional Recursos Humanos	27/04/2015	15/05/2015	1

Promover el compromiso institucional en colaboradores	Lograr un 85% de satisfacción (satisfecho y muy satisfecho) por parte de los colaboradores en relación al clima laboral	(Sumatoria encuestados con calificación satisfecho y muy satisfecho en la encuesta de clima laboral / total encuestados) X 100	Realizar evaluación del Clima Organizacional y analizar resultados	Aplicando encuesta , desarrollando reuniones grupos de trabajo y generando un análisis de resultados	TALENTO HUMANO	Profesional de apoyo Recursos Humanos (psicólogo organizacional)	01/06/2015	30/06/2015	2
			Establecer, desarrollar y evaluar el Plan de Bienestar para la actual vigencia	Programando y ejecutando actividades recreativas, deportivas, lúdicas, educación formal, salud, vivienda. Además realizando una evaluación final del Plan en relación a las necesidades identificadas	TALENTO HUMANO	Comité de Bienestar Social	13/04/2015	31/12/2015	3
			Establecer, desarrollar y evaluar el Plan de Incentivos de la vigencia	Definiendo el Plan, determinando y desarrollando las actividades incluidas en el mismo y evaluando el cumplimiento al finalizar la vigencia	TALENTO HUMANO	Profesional Recursos Humanos	13/04/2015	31/12/2015	3
									TOTALES

Proyectó: Melida Rios Rios (Profesional de Apoyo a Calidad)
Reviso y valido: Yasmith de los Rios (Gerente)

SEGUIMIENTO 4										
Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas	SEGUIMIENTO 4			Resultado del Indicador	Análisis
						Con corte a:	31/12/2015	Fecha de aplicación:		
AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS						ESTADO	COMENTARIOS / OBSERVACIONES			
20,71	1	100%	21	21	21	Se aprobó el ajuste del programa de rehabilitación con enfoque en laborterapia y ecoturismo.	MEJORADO		0	Se proyectaron 6 fases para ejecutar el proyecto de la granja con enfoque de laborterapia y ecoturismo; sin embargo, al cierre del 2015, ninguna se ha incorporado al programa de rehabilitación, para ello se debe gestión los recursos
23,57	1	100%	24	24	24	Como resultado del contrato de consultoría 001 de 2015 se obtuvo el diseño de una granja agroecológica y ecoturística en salud mental mediante técnicas agrosilvopastoriles, ecológicas y sostenibles	MEJORADO			
26,14	0	0%	0	0	26	No se ha gestionado los recursos para la implementación del diseño de la granja agroecológica y ecoturística, por cuanto hasta al finalizar la vigencia se contó con dicho estudio.	NO HA INICIADO			
34,86	8	100%	35	35	35	De acuerdo con las posibilidades técnicas y financieras del Hospital, se ha desarrollando el programa de rehabilitación.	MEJORADO			
34,86	8	100%	35	35	35	Se han identificado mejoras	MEJORADO			
2,43	1	100%	2	2	2	El 20/01/2015 mediante Resolución 015 se adoptó la nueva política de calidad	MEJORADO			Son 8 grupos de estándares a los cuales se efectuó autoevaluación y calificación con corte a diciembre de 2015, como cierre del 7o ciclo, donde se obtuvo lo siguiente: Hospitalarios, Ambulatorios y de Rehabilitación 3.7; Direccionamiento 3.9; Gerencia 3.9; Gestión del Talento Humano 3.9; Ambiente Físico 3.8:
0,71	1	100%	1	1	1	El 04/09/2015 mediante Resolución 143 se conformaron los equipos del Sistema Único de Acreditación	MEJORADO			
30,00	2	100%	30	30	30	Se realizaron dos visitas de referenciación al Hospital Nazareth de Bogotá (en el mes de febrero) y San Camilo de Bucaramanga (en el mes de octubre).	MEJORADO			

43,00	3	100%	43	43	43	Durante la vigencia 2015 se realizaron tres cierre de ciclos con sus respectivas autoevaluaciones y calificaciones: 5o ciclo con corte a 31/12/4, 6o ciclo con corte a 31/07/15 y 7o ciclo con corte a 31/12/15.	MEJORADO		3,8	Gestión de la Tecnología 3.8; Sistemas de Información 3.6; Mejoramiento Continuo de la Calidad 3.8. De acuerdo a lo anterior, se obtuvo una calificación promedio de todo el sistema de 3.8, logrando la meta para poder proceder a solicitar la visita de acreditación,
30,86	0,5	50%	15	15	31	Se avanzó en la elaboración del informe para la visita de acreditación: el informe de perfil institucional quedó en un 90% y el de autoevaluación en un 10%, por tanto, a diciembre de 2015 no se solicitó la visita	DESARROLLADO			
33,86	2	100%	34	34	34	Dentro del documento de "estrategias de investigación y actividades de docencia-servicio" se definieron líneas investigativas en salud mental y dentro del estudio de la granja con enfoque de laborterapia y ecoturismo, se definieron líneas de investigación ambiental.	MEJORADO		0	Se definieron 4 líneas de investigación en salud mental y 6 en el ámbito ambiental, para un total de 10; no obstante, al cierre del 2015, no se han desarrollado proyectos de inversión al respecto.
17,29	0	0%	0	0	17		NO HA INICIADO			
29,57	2	100%	30	30	30	La política de seguridad del paciente fue adoptada mediante Resolución 15 del 20/01/15 y el programa fue ajustado y aprobado el 10/04/15.	MEJORADO		45	Dentro de la encuesta de seguridad, se incluyeron 4 preguntas relacionadas con la percepción sobre la misma, obteniendo un porcentaje promedio de 45%, sin obtener la meta establecida para la vigencia 2015. Cuál variable fue la que afectó?, baja participación en la encuesta (Cobertura) o la percepción es baja. O el indicador estuvo mal formulado.
34,86	1	100%	35	35	35	Una vez ajustado el programa se inició su aplicación	MEJORADO			
0,57	1	100%	1	1	1	En el mes de noviembre se aplicó encuesta de percepción de seguridad,	MEJORADO			
19,71	1	100%	20	20	20	No se han establecido acciones de mejora frente al resultado de la medición de la efectividad	DISEÑADO			
17,00	0,5	50%	9	9	17	Se encuentra en proceso de actualización, pendiente aprobación	DESARROLLADO		17	Al cierre del 2015 se obtuvo una reducción del 17% en accidentes e incidentes (5), respecto a las presentadas en el año 2013 (6), sin lograr la meta establecida para la vigencia 2015. Aanalizar el resultado, determinar la necesidad de ajustar el indicador
17,00	0	0%	0	0	17		NO HA INICIADO			
47,43	2	100%	47	47	47	Se elaboró matriz de peligro	MEJORADO			
6,57	1	100%	7	7	7	El 10/06/2015 se aprobó el Manual de Administración de Riesgos, donde se detalla la metodología	MEJORADO			

30,43	3	100%	30	30	30	El 26/06/15 en Comité de Calidad, se socializo la metodología para la administración de riesgos, los procesos la han desarrollado y se verifico la aplicación para la autoevaluación y calificación de estándares en el cierre del 7o ciclo (a diciembre de 2015)	MEJORADO		63,0	
30,43	2	100%	30	30	30	Se habilitó el mecanismo de Reporte de Sospechas Reacciones Adversas a Medicamentos y Reporte Eventos Adversos, a través de la intranet; se cuenta con estadísticas de la gestión frente a estos; evaluación de los controles o barreras de seguridad.	MEJORADO			
3,86	1	100%	4	4	4	Manual de Sistemas de Información y Comunicaciones, en el cual se establece la información primaria y secundario que se maneja en el HEGI	MEJORADO		81,25	De 16 herramientas tecnológicas y de comunicación habilitadas en el HEGI, 13 de ellas se consideraron efectivas, logrando la meta establecida para la vigencia 2015. Para cada una de ellas se tiene un mecanismo de medición de efectividad.
2,00	1	100%	2	2	2	Se documento una programación de adquisición y mantenimiento de herramientas tecnologías de acuerdo a las necesidades	MEJORADO			
39,00	1	100%	39	39	39	En el 2015 se adquirió aplicativo de manejo de correspondencia y manejo de información de calidad	MEJORADO			
2,57	1	100%	3	3	3	En el mes de abril de 2015, se realizaron jornadas de capacitación con los colaboradores del Hospital que tienen responsabilidad en el reporte y manejo del Sistema de Información SIHOS, con el fin de optimizar su utilización, producto de dicha actividad	MEJORADO			
17,14	1	100%	17	17	17	En las capacitaciones se fijaron compromisos muy puntuales sobre fallas que presentaba la herramienta, para lo cual la firma desarrolladora Tecnología Sinergia S.A.S, brindó soporte en los meses de abril, mayo y junio como consta en actas, así mismo, el 22 y 23/07/2015, 13, 18, 19 y 21/08/2015, efectuó visita de soporte, con el fin de dar solución puntual a los inconvenientes previamente indicados por el Hospital, donde además, socializo las novedades o ajuste realizados en los distintos módulos que lo requerían	MEJORADO			
14,57	2	100%	15	15	15	Se actualizó el modelo de atención integral en salud mental	MEJORADO			
12,57	2	100%	13	13	13	Mediante Resolución 015 de 2015 se adoptó la política de servicios	MEJORADO			En desarrollo del programa de salud pública, se identificaron en el año 2015 en los distintos municipios del Tolima un total de 1146 eventos de interes, relacionados con Violencia, Conducta Suicida. Epilepsia.

5,00	0,5	50%	3	3	5	algunos ya fueron actualizados, otros se encuentran en proceso de actualización, pendiente de aprobación.	IMPLEMENTADO		83	Enfermedad mental, donde los profesionales contratados por cada municipio para tal fin, le realizaron seguimiento a un total de 947 eventos, es decir, a un 83%, logrando la meta establecida para la vigencia 2015.
1,00	0,5	50%	1	1	1	Se han socializado los documentos ajustados, al personal involucrado en su implementación, además se encuentran publicados en la red para su consulta.	IMPLEMENTADO			
15,43	0,88	88%	14	14	15	Se está aplicando el nuevo modelo de atención integral en salud mental, aunque falta lo relacionado con la rehabilitación en su nuevo enfoque	IMPLEMENTADO		86	En el 2015 se presentaron un total de 858 egresos, de los cuales 737 se efectuaron porque los pacientes lograron la meta del plan de tratamiento, es decir, el 86%. Los restantes corresponden a fugas y salidas voluntarias.
13,00	1	100%	13	13	13		MEJORADO			
13,00	2	100%	13	13	13		MEJORADO			
4,14	0,75	75%	3	3	4	El manual fue ajustado, se encuentra pendiente de revisión y aprobación.	IMPLEMENTADO		177,6	Para la vigencia 2015, se obtuvo una rotación de la cartera de 178 días, donde las ventas a crédito de dicha vigencia fue de \$7.973.631.895 y el promedio de cuentas por cobrar fue de \$3.933.904.807. Sin lograr la meta establecida, en razón a que durante la vigencia tuvo un comportamiento creciente, solo al cierre de dicho año disminuyó: a marzo 170,5, junio 184,5, septiembre 189,2 y diciembre 177,7
51,86	12	100%	52	52	52	Se han efectuado conciliaciones y se ha ejecutado el cobro conforme a la normatividad	MEJORADO			
51,86	12	100%	52	52	52	Se realiza monitoreo a través de reuniones con la gerencia para la revisión de resultados de los indicadores e información que se reporta en relación a la cartera, así mismo, en comité de sostenibilidad.	MEJORADO			
51,86	12	100%	52	52	52	De acuerdo al resultado del análisis de toman decisiones al respecto, de tal manera se garantice la mejora.	MEJORADO			
17,29	1	50%	9	9	17	No obstante, el mecanismo de centro de costos no fue oficialmente adoptado, se efectuó verificación de los productos facturables y proyección de productividad y del gasto de manera general basado en lo histórico.	DESARROLLADO			

51,86	1	100%	52	52	52	La facturación se efectúa de acuerdo a los productos que se consideran facturables	MEJORADO		1,01	En el 2015 hubo equilibrio presupuestal, por cuanto los ingresos recaudados (8650245422.77) fueron mayores a los gastos comprometidos (8556966858.04), incluyendo recaudo de CxC y CxP de vigencias anteriores, respectivamente; logrando la meta establecida para la vigencia 2015.
51,86	1	100%	52	52	52	A través de auditorías se verifica el proceso de facturación y se identifican los motivos de glosas con el fin de tomar acciones para no incurrir a fallas	MEJORADO			
51,86	1	100%	52	52	52	A través de las auditorías, como el seguimiento a los indicadores, se identifican oportunidades de mejora y se emprenden acciones frente a las mismas.	MEJORADO			
25,57	1	100%	26	26	26		MEJORADO		80,875	Dentro de la encuesta de clima laboral aplicada en el 2015, se incluyeron 8 preguntas relacionadas con la percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores, obteniendo un porcentaje promedio de 81%, donde el resultado de una sola pregunta estuvo por debajo de 80% (relacionada con las condiciones físicas, 55%); no obstante, se logró la meta establecida para la vigencia 2015.
25,57	0,75	75%	19	19	26	El documento de programa de humanización se encuentra en proceso de elaboración, falta la aprobación; no obstante el cronograma de actividades fue establecido	IMPLEMENTADO			
43,00	1	100%	43	43	43	se desarrollaron actividades, de acuerdo a lo programado	MEJORADO			
45,86	1	100%	46	46	46		MEJORADO			
47,43	0,5	50%	24	24	47		IMPLEMENTADO			
8,43	2	100%	8	8	8	El "PROCEDIMIENTO MEJORAMIENTO CONTINUO" código PRC-GC-002 fue documentado y aprobado el 25-05-15 dentro del SGC como versión 1 , de igual manera fue socializado en comité de calidad.	MEJORADO		90,90909091	
47,43	1	100%	47	47	47		MEJORADO			
47,43	1	100%	47	47	47		MEJORADO			
47,43	1	100%	47	47	47		MEJORADO			

8,57	2	100%	9	9	9	El 08-09-2015 se aprobó el "FORMATO ENCUESTA SATISFACCIÓN CONSULTA EXTERNA" FOR-AB-001 Versión 4; El 08-09-2015 se aprobó el "FORMATO ENCUESTA SATISFACCIÓN HOSPITALIZACIÓN" FOR-HT-013 Versión 4	MEJORADO		82	Durante la vigencia 2015, se aplicaron de forma permanente encuestas de satisfacción tanto en los servicios de consulta externas y hospitalización, para un total de 557 encuestados de los cuales 455 la calificaron entre bueno y excelente. No obstante, no se logró la meta establecida para el 2015, que debía ser mayor al 90%. Definir indicador de acuerdo a los egresos y atenciones ambulatorias
47,43	4	100%	47	47	47	Seguimiento por parte de la oficina de control interno y de la misma área responsable "SIAU"	MEJORADO			
47,43	1	100%	47	47	47	Se realizo de acuerdo a los formatos aprobados para los servicios de consulta externa y hospitalización	MEJORADO			
47,43	2	100%	47	47	47	Las oportunidades de mejora frente a auditoria interna se documentaron en el Plan de Mejoramiento; además, en comité de ética a través de compromisos	MEJORADO			
1,43	1	100%	1	1	1		MEJORADO	100	En la vigencia 2015, se efectuó evaluación de desempeño al personal de carrera administrativa (19 funcionarios) donde todos obtuvieron calificación satisfactoria. En cuanto a provisionales, trabajadores oficiales y contratistas, se definieron los mecanismos pero no se ha implementado.	
1,43	2	100%	1	1	1		MEJORADO			
3,43	1	50%	2	2	3		IMPLEMENTADO			
37,43	2	67%	25	25	37	Se estableció y desarrolló el Plan de Capacitación para la vigencia 2015; no obstante, no se ha efectuado evaluación consolidada del mismo.	IMPLEMENTADO			
43,29	3	100%	43	43	43		MEJORADO			
6,14	1	100%	6	6	6		MEJORADO			
1,43	2,5	83%	1	1	1		IMPLEMENTADO			
16,57	1	100%	17	17	17		MEJORADO			
2,57	1	100%	3	3	3	Dentro del documento "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATEGICA DEL RECURSO HUMANO" MAN-TH-001 Versión 1 aprobado el 20-08-15, se establecieron lineamientos en relación a las situaciones administrativas incluyendo los reemplazos.	MEJORADO		En la vigencia 2015, se aplicó	

4,14	2	100%	4	4	4	En el mes de octubre se aplicó encuesta clima laboral y se tabularon los resultados, en jornada de trabajo con el asesor de calidad se analizaron los resultados.	MEJORADO	
37,43	2	67%	25	25	37	Se estableció y desarrolló el Plan de Bienestar para la vigencia 2015; no obstante, no se ha efectuado evaluación consolidada del mismo.	IMPLEMENTADO	
37,43	2	67%	25	25	37	Se estableció y desarrolló el Plan de Incentivos para la vigencia 2015; no obstante, no se ha efectuado evaluación consolidada del mismo.	IMPLEMENTADO	
1685,29	134,38	58,71	1516,83	1516,83	1685,29			

88

encuesta de clima laboral para aplicar conocer la percepción de los colaboradores frente al tema, en total se aplicaron a 89 donde 79 consideraron que se encuentran satisfechos o muy satisfechos. Logrando la meta establecida para el 2015, que debía ser 80%. El resultado será insumo para la formulación del Programa de Bienestar y Planes de Capacitación e incentivos.

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES
	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	49
IMPLEMENTADO (70%)	11
DESARROLLADO (40%)	3
DISEÑADO (10%)	1
NO HA INICIADO (0%)	3
TOTAL ACCIONES	67

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO	
MEJORADO	73%
IMPLEMENTADO	16%
DESARROLLADO	4%
DISEÑADO	1%
NO HA INICIADO	4%

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	1685
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	1685
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	90,00%
Avance del plan de mejoramiento	AP= PONI/PBEA	90,00%