



VIGENCIA: 2016

| FORMULACIÓN | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|--------------|-------------------|--------------------|
| ESTRATEGIA | META | INDICADOR | QUÉ (ACTIVIDADES) | CÓMO | QUIÉN | | CUÁNDO | | Cantidad de Medida |
| | | | | | PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN | 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 de apertura al programa de hospital día para rehabilitación de pacientes | (Fases del proyecto incluidas e implementadas en el Programa de Rehabilitación / Total fases proyectadas) x 100 | formular el programa de hospital día que incluya pacientes farmacodependientes y pacientes psiquiátricos | Identificando las necesidades de recursos humanos, físicos y financieros y la población objetivo. | REHABILITACIÓN | Equipo de rehabilitación | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Gestionar con el SENA la capacitación para grupos de pacientes en proceso de rehabilitación | Realizando convenio con el SENA para capacitación de la población objeto | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | Gerente | 01/04/2016 | 31/08/2016 | 1 |
| | | | Gestionar los recursos para la dotación de los talleres para rehabilitación | Presentando proyectos a sst y ministerio de salud | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | Gerente | 01/04/2016 | 31/08/2016 | 1 |
| | | | Identificar desviaciones y emprender acciones de mejoramiento frente al programa de rehabilitación. | Definir, implementar y evaluar mecanismo para determinar la efectividad del programa de rehabilitación. | REHABILITACIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | Equipo de rehabilitación Equipo directivo | 01/07/2016 | 31/12/2016 | 6 |
| Implementar el modelo de la acreditación en servicios de salud | Al cierre del 8 o ciclo se obtenga una calificación superior a 3.8 | Sumatoria de calificación de cada grupo de estándares / total de grupos estándares | al cierre de 2016 mantener el puntaje de 3.8 | Sosteniendo las mejoras logradas e implemetando las acciones de mejora actuales | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO GESTIÓN DE CALIDAD | Gerente Funcionario, líder de calidad | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 ESTRATÉGICO GESTIÓN DE CALIDAD | Gerente Funcionario, líder de calidad | 01/04/2016 | 20/05/2016 | 1 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|------------|------------|---|
| | | | Desarrollar y realizar un cierre de ciclo de mejoramiento | Realizando cierre del ciclo a (31/12/16). 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| Generar conocimiento en salud mental y ambiental | Al cierre del 2016 se definen 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 período | Apoyo a proyectos de investigación; como centro de practica, y educación a la comunidad (población objetivo) | Gestionando ante entidades y firmando convenios orientados a generar conocimiento en salud mental | DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO | Gerente | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo | al cierre del 2016, disminuir en un 10% el índice de frecuencia por accidentalidad global. | Índice de frecuencia por accidentalidad global, por servicios y terceros (Número total de accidentes de trabajo en el período / Número de horas total hombre trabajadas en el mismo período) * K(240000) | Actualizar y Aplicar el programa de Paciente Seguro en el HEGI | Revisar y ajustar el manual e Implementar 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 | Coordinador Asistencial | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 de seguridad. | COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Comité de Seguridad del Paciente | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Elaborar matriz de peligro y aplicar las barreras 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 2 |
| 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 | Actualizar el mapa de riesgos 2016 y definir las barreras de seguridad | Desarrollando una jornada de trabajo con los involucrados, revisando y ajustando el mapa de riesgos de la institución para la vigencia 2016. | Direcciónamiento Estratégico Gestión de Calidad | Gerente (Claudia Amparo Medina Salazar) Profesional de Calidad (Magaly Quimbayo) | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|------------|------------|---|
| 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 | Optimizar el uso de herramientas tecnológicas (kawak, syscafe, sihos, covis) | Ajustando y adaptandolas a las necesidades de la institución. | GESTIÓN DE TICS | Funcionario Sistemas | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| 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 | 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 | Gerente Coordinador Asistencial Lider de Proceso | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Evaluar el logro de metas del tratamiento y medición de los indicadores sobre el cumplimiento del modelo. | Aplicando 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 360 (Ventas a crédito del periodo/ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2) | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| | | | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| | | | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| 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) | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 2 |
| | | | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Monitorizar el proceso de facturación y verificar los motivos de glosas | mediante el diligenciamiento 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Actualizar matriz de priorización de necesidades de humanización | Ajustando 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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) | 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 | 01/04/2016 | 30/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Desarrollar autoevaluación de estándares de calidad y plan de mejoramiento continuo. | mediante la redefinición de grupos de trabajo y aplicación de la mejora continua. | GESTIÓN DE CALIDAD | Profesional Gestión de Calidad | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | (Numero de usuarios encuestados satisfechos (calificación bueno y excelente) / total de usuarios encuestados) X100 | Revisar y ajustar la encuesta 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| | | | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| | | | 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 ETICA Y HUMANIZACION | COMITÉ DE ETICA Y HUMANIZACION | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 9 |
| | | | Ejecutar el Plan de Capacitación incluyendo actividades de retroalimentación que fortalezcan las competencias del personal (planta y contratista) | Dando cumplimiento a las actividades proyectadas. | TALENTO HUMANO | Profesional de Recursos Humanos | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 45 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|----------------|--|------------|------------|---|
| 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 desempeño obtengan calificación satisfactoria o superior. | (Cantidad de personal con calificación satisfactoria o superior / Cantidad de personal que se les evaluó desempeño (carrera, provisionales, trabajadores oficiales, contratistas)) x 100 | Realizar proceso de inducción y reintroducción a todo el personal de la institución | Aplicando el programa al nuevo personal | TALENTO HUMANO | Profesional Recursos Humanos | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 3 |
| | | | Verificar el cumplimiento de sistema de evaluación de desempeño para empleados de carrera administrativa | Solicitando copia de la evaluación final 2015 y concertación de objetivos laborales 2016 | TALENTO HUMANO | Profesional Recursos Humanos | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 1 |
| | | | Implementar proceso de evaluación de desempeño para provisionales, contratistas directos | Aplicando la metodología para evaluar el desempeño | TALENTO HUMANO | Profesional Recursos Humanos | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 3 |
| 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) | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 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 | 01/04/2016 | 31/12/2016 | 3 |

TOTALES

(Original firmado)

CLAUDIA MEDINA SALAZAR

Gerente

Hospital Especializado Granja Integral

(Original firmado)

ADRIANA ROJAS

Coordinador de Calidad

Hospital Especializado Granja Integral

| |
|-------------|
| |
| MEJO |
| IMPLEM |
| DESARF |
| DISE |
| NO HA |
| TOTA |
| |
| M |
| IMPL |
| DES |
| D |
| NO I |

| Plazo en semanas | Avance físico de ejecución de la actividad | Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas | Puntaje Logrado por las metas metas (Poi) | Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI) | Puntaje atribuido metas vencidas | SEGUIMIENTO 1 | | | |
|------------------|--|---|---|--|----------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------------|-----------------------------|
| | | | | | | Con corte a: | 31/03/2016 | Fecha de aplicación: | 31/03/2016 |
| | | | | | | AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS | | ESTADO | COMENTARIOS / OBSERVACIONES |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | | |
| 21,71 | 1 | 100% | 22 | 22 | 22 | 100% de avance | MEJORADO | | |
| 21,71 | 1 | 100% | 22 | 22 | 22 | 0% de avance | NO HA INICIADO | | |
| 26,14 | 6 | 100% | 26 | 26 | 26 | 0% de avance | NO HA INICIADO | | |
| 39,14 | 0,5 | 50% | 20 | 20 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | | |
| 7,00 | 1 | 100% | 7 | 7 | 7 | 100% de avance | MEJORADO | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|------|----|----|----|--------------|----------------|--|
| 39,14 | 0,25 | 25% | 10 | 10 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0,6 | 60% | 23 | 23 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0,6 | 60% | 23 | 23 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1,5 | 75% | 29 | 29 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0,5 | 50% | 20 | 20 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|------|----|----|----|---------------|----------------|--|
| 39,14 | 0,8 | 80% | 31 | 31 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0,7 | 70% | 27 | 27 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0,67 | 67% | 26 | 26 | 39 | 35% de avance | DISEÑADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|----|---|---|----|--------------|----------------|--|
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
|-------|---|----|---|---|----|--------------|----------------|--|

| | | | | | | | | |
|-------|---|------|----|----|----|---------------|----------------|--|
| 39,14 | 9 | 100% | 39 | 39 | 39 | 4% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 9 | 100% | 39 | 39 | 39 | 4% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 9 | 100% | 39 | 39 | 39 | 4% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 40% de avance | DESARROLLADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 40% de avance | DESARROLLADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|------|----|----|----|---------------|----------------|--|
| 39,00 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 30% de avance | DISEÑADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 0 | 0% | 0 | 0 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 40% de avance | DESARROLLADO | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|------|----|----|----|---------------|----------------|--|
| 39,14 | 0,6 | 60% | 23 | 23 | 39 | 20% de avance | DISEÑADO | |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 2 | 100% | 39 | 39 | 39 | 50% de avance | DESARROLLADO | |
| 39,14 | 3 | 33% | 13 | 13 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 9 | 100% | 39 | 39 | 39 | 20% de avance | DISEÑADO | |
| 39,14 | 9 | 100% | 39 | 39 | 39 | 5% de avance | NO HA INICIADO | |
| 39,14 | 44,1 | 98% | 38 | 38 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO | |

| | | | | | | | |
|----------------|---------------|--------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|
| 39,14 | 3 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO |
| 39,14 | 1 | 100% | 39 | 39 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO |
| 39,14 | 1,5 | 50% | 20 | 20 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO |
| 39,14 | 1,00 | 50% | 20 | 20 | 39 | 0% de avance | NO HA INICIADO |
| 39,14 | 3 | 100% | 39 | 39 | 39 | 33% de avance | DISEÑADO |
| 1681,29 | 129,32 | 31,28 | 1144,25 | 1144,25 | 1681,29 | | |

| ESTADO | CANTIDAD DE ACCIONES | | | |
|-----------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| | SEGUIMIENTO 1 | SEGUIMIENTO 2 | SEGUIMIENTO 3 | SEGUIMIENTO 4 |
| RADO (100%) | 2 | 8 | 10 | 22 |
| IENTADO (70%) | 0 | 1 | 4 | 5 |
| ROLLADO (40%) | 4 | 2 | 9 | 9 |
| ENADO (10%) | 5 | 14 | 4 | 1 |
| INICIADO (0%) | 34 | 20 | 18 | 8 |
| TOTAL ACCIONES | 45 | 45 | 45 | 45 |

| Puntajes base de evaluación: | | |
|---|-------------------------|-------|
| Puntaje base evaluación de cumplimiento | PBEC = | 1681 |
| Puntaje base evaluación de avance | PBEA = | 1681 |
| Cumplimiento del plan | CPM = POMMI/PBEC | 68,1% |
| Avance del plan de mejoramiento | AP= PONI/PBEA | 68,1% |

| % CUMPLIMIENTO POR ESTADO | | | | |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|
| COMPLETADO | 4% | 18% | 22% | 49% |
| SEGUIMENTADO | 0% | 2% | 9% | 11% |
| ARROLLADO | 9% | 4% | 20% | 20% |
| DISEÑADO | 11% | 31% | 9% | 2% |
| NO HA INICIADO | 76% | 44% | 40% | 18% |

| SEGUIMIENTO 2 | | | | SEGUIMIENTO 3 | | | |
|--|----------------|-----------------------------|------------|---|----------------|--|------------|
| Con corte a: | 30/06/2016 | Fecha de aplicación: | 06/07/2016 | Con corte a: | 30/09/2016 | Fecha de aplicación: | 12/10/2016 |
| AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS | ESTADO | COMENTARIOS / OBSERVACIONES | | AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS | ESTADO | COMENTARIOS / OBSERVACIONES | |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de calidad | |
| Se cuenta con la programación del instructor del Sena a desarrollar en el segundo semestre del 2016, enfocado en la producción de alimentos balanceados para animales. 100% de avance | MEJORADO | | | 09/09/2016: Se inician capacitaciones en el mes de Octubre por el SENA 12/10/2016: Se defino capacitación para los meses de octubre, noviembre y diciembre todos los lunes de 9 a 12 am, preparacion de alimentos balanceados para animales. | MEJORADO | | |
| Se esta formulando y evaluando el proyecto a presentar al DPS (Departamento de la Prosperidad Social). 20% de avance | DISEÑADO | | | 11/08/2016: El proyecto que se habia presentado al DPS fue devuelto y se volvera a presentar a la Secretaria de Salud Departamental. 09/09/2016: fueron radicados los proyectos en la secretaria de Salud del Tolima y subidos a plan bienal: *Contrucción de un modulo destinado para la rehabilitacion y para la reintegracion social en el hospital. *Fortalecimiento de area de rehabilitacion en granja agroecologica y ecoturística en salud. *Dotacion del taller de panaderia y reposteria en el HEGI | MEJORADO | | |
| Se acuerdo con el Dr Hanssen, la aplicación de la OMS-ASSIST V3 para evaluar la efectividad del programa de rehabilitación. 0% de avance | NO HA INICIADO | | | 11/08/2016: Se inicio la aplicación de la prueba en pacientes de UAICA. 12/10/2016: No se continuo la aplicación de mecanismo para evaluar efectividad. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Definir aplicación de prueba en revista de UAICA y larga estancia. | |
| Se evidencia plan de mejora para el 2016 y actas de jornadas de acreditación. 20% de avance | DISEÑADO | | | 08/09/2016: Trabajo de acuerdo a lo revisado en la autoevaluacion y continuidad en las asesorías de acreditación. | DESARROLLADO | | |
| Se decidio continuar con lo estipulado en la resolución 143 de 2015. 100% de avance | MEJORADO | | | 08/09/2016: De acuerdo a resolucion 143 de 2015. | MEJORADO | | |

| | | | | | |
|--|----------------|--|---|----------------|--|
| Se realizara con corte al 31/12/2016 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: Se tiene proyectado realizar el 31/12/2016. | NO HA INICIADO | |
| No se evidencian productos terminados de investigación 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 08/09/2016: A la fecha no se han establecido convenios con universidades. 12/10/2016: se va a realizar convenio con la universidad del tolima y con la CECTE con el fin de desarrollar generacion de conocimiento en salud mental. | DESARROLLADO | |
| No se evidencia cumplimiento de tarea 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha 12/10/2016: No se ha ejecutado a a fecha | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de seguridad del paciente |
| No se evidencia cumplimiento de tarea 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha 12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de seguridad del paciente |
| No se evidencia cumplimiento de tarea 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha 12/10/2016: No se ha ejecutado a a fecha | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de seguridad del paciente. |
| No se evidencia cumplimiento de tarea 0% de avance | NO HA INICIADO | | 12/10/2016: A la fecha estan pendiente la aplicación de la metodología con los procedimientos de los servicios tercerizados, procedimientos asistenciales pendientes de terminar, al igual que los de apoyo (recursos físicos, TICs y talento humano) | DESARROLLADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de seguridad el paciente. |
| No se evidencia cumplimiento de tarea 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha 12/10/2016: No se ha ejecutado a a fecha | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de calidad y/o seguridad del paciente |

| | | | | | |
|---|----------------|--|---|----------------|--|
| Se evidencia el uso de tres herramientas tecnologicas (SIHOS, COVIS y Syscafe) 75% de avance | IMPLEMENTADO | | 11/08/2016: A la fecha esta pendiente la adición presupuestal por la junta directiva, con el fin de dar continuidad para el aplicativo kawak. A la fecha se siguen implementando los demas (syscafe, sihos, covis). 09/09/2016: Fue adicionado presupuesto para el pago del hosting y mantenimiento y soporte de kawak sin embargo al faltar tres meses para acabar el año la cotización incluye el pago completo del año tema que se esta tratando con la empresa a contratar con el fin de llegar a un acuerdo de pago por los tres meses en que se prestaria el servicio (octubre, noviembre y diciembre). 12/10/2016: El pasado 3 de Octubre se dio activación al aplicativo kawak para dar continuidad a los modulos utilizados. | MEJORADO | |
| Se evidencia listado de asistencia de capacitacion en SIHOS 100% de avance | MEJORADO | | | MEJORADO | |
| Se evidencian oficio reportado a SIHOS, de acuerdo a necesidad detectada | MEJORADO | | | MEJORADO | |
| Aun no se evidencia terminada la actividad. 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de calidad. |
| Aun esta pendiente aprobar y socializar programas. 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de calidad |
| Continua el 35% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: A la fecha se continuan con los procesos de eje de prevención secundario relacionados con la atención (desde las remision hasta el seguimiento telefonico). En el eje de prevencion primario con motivo del cumpleaños del HEGI se tiene proyectado una charla en temas de salud mental. 12/09/2016: Se continuan los demas procesos descritos en el anterior seguimiento. Adicionalmente en el eje de prevencion primario se realizo una alianza interinstitucional con la Policia Nacional la cual permitira abordar cada semana en la emisora de la policia temas de prevencion y promocion con enfoque en salud mental. 12/10/2016: Se continuan los ejes de prevención secundarios relacionados con la atención, en el eje de prevención primario adicional | DESARROLLADO | |
| Se evidencia formato de evaluación de tratamiento a aplicar en el programa de rehabilitación. Se defino utilizar GAF para evaluar efectividad del tratamiento hospitalario, incluyendose la recolección de datos en auditoria a historias clinicas. 10% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: Se inicio aplicación a los pacientes de UAICA del formato ASSIST V.3. 12/09/2016: No se ha seguido implementando. 12/10/2016: No se ha implementado | DISEÑADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de calidad |

| | | | | | |
|--------------|----------------|--|--|----------------|---|
| 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/09/2016: No se ha evaluado a la fecha. 12/09/2016: No se ha definido a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Definir evaluacion en comite de calidad |
|--------------|----------------|--|--|----------------|---|

| | | | | | |
|--|----------------|---|---|----------------|---|
| Se gestiona cartera, sin embargo esta pendiente actualizar manual de cartera. 22% de avance | DISEÑADO | Revisar funciones o responsabilidad de rotación de cartera y proyectar oficio para la actualización del mismo. | 11/08/2016: Se ha realizado el proceso con cafesalud con el cargue del megaplano de Dic del 2015 a Jun del 2016; y se agenda cita para conciliación de cartera para NUEVA EPS y COMPARTA. | IMPLEMENTADO | |
| Se evidencia monitoreo de cartera en comité de sostenibilidad financiera. 33% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: Se ha realizado monitoreo cada 15 días en el comité de sostenibilidad contable. 12/09/2016: Se continua monitoreo quincenal en comité de sostenibilidad contable, así mismo informe de 2193. 12/10/2016: Se continua monitoreo en en comité de sostenibilidad contable. | DESARROLLADO | |
| Se socializó primer trimestre en informe de 2193 Se evidencian acciones de mejora en actas de comité de sostenibilidad e informes de gestión 33% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: Se dejan tareas para mejorar el rendimiento en el comité de sostenibilidad contable. 12/09/2016: Se identifican mejoras en comité de sostenibilidad financiera. | IMPLEMENTADO | |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | Proyectar oficio al equipo de gestión financiera en el cual se comunique la actividad a realizar y los beneficios de la aplicación de esto. | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/09/2016: No se ha realizado a la fecha. 12/10/2016: No se ha definido a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de sostenibilidad contable |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | Proyectar oficio al equipo de gestión financiera en el cual se comunique la actividad a realizar y los beneficios de la aplicación de esto. | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/09/2016: No se ha realizado a la fecha. 12/10/2016: No se ha definido a la fecha. | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de sostenibilidad contable |
| Se evidencia monitorización en acta de sostenibilidad financiera. 100% de avance | MEJORADO | | | MEJORADO | 12/10/2016: se continua revisión en comité de sostenibilidad. |
| Se evidencia monitorización en acta de sostenibilidad financiera. 100% de avance | MEJORADO | Realizar formato anexo de indicadores a revisar en comité de sostenibilidad financiera | | MEJORADO | 12/10/2016: se continua revisión en comité de sostenibilidad. |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 08/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha | NO HA INICIADO | 12/10/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización. |

| | | | | | |
|--|-----------------------|---|---|-----------------------|---|
| <p>Se han desarrollado actividades de humanización como: celebración de cumpleaños, compensatorio de cumpleaños y premiación en principios y valores.</p> <p>50% de avance</p> | <p>DESARROLLADO</p> | | <p>11/08/2016: En el mes de Julio se realizaron capacitaciones al personal asistencial en cuanto al manejo del paciente mental con el fin de humanizar el trato hacia ellos.</p> <p>08/09/2016: Se han desarrollado actividades por parte del equipo interdisciplinario enfocadas hacia el trato digno y amable.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con actividades mas lúdicas. -Los auxiliares están realizando mas actividades de acompañamiento y capacitación con los pacientes. <p>En cuanto al cliente interno;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se hizo una actualización en humanización -Se están facilitando permisos a los que estudian -Celebración de cumpleaños -Se esta reconociendo en cartelera institucional el personal felicitado -Se están premiando y publicando los valores institucionales <p>12/10/2016: se ha realizado actividades sistemáticas en hombres y mujeres de 3 a 4:30 pm, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> *rompecabezas | <p>IMPLEMENTADO</p> | <p>12/10/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Incluir actividades espirituales *Cineforo *Tardes de SPA *Karaoke *Relajación guiada |
| <p>0% de avance</p> | <p>NO HA INICIADO</p> | <p>Aplicar encuesta de clima</p> | <p>11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>08/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha</p> | <p>NO HA INICIADO</p> | <p>12/10/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización.</p> |
| <p>0% de avance</p> | <p>NO HA INICIADO</p> | <p>Revisión de programa de humanización</p> | <p>11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>08/09/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha</p> | <p>NO HA INICIADO</p> | <p>12/10/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización.</p> |
| <p>Se evidencia plan de mejoramiento 2016</p> | <p>MEJORADO</p> | | <p>12/10/2016: Se han realizado actividades de autoevaluación en asesorías de acreditación y a su vez la definición de los planes de mejora de ambiente físico y talento humano.</p> | <p>DESARROLLADO</p> | |

| | | | | | |
|--|----------------|--|---|----------------|---|
| 20% de avance | DISEÑADO | Verificar programa de auditorías Se debe aprobar programa de auditoría | 11/08/2016: Se han realizado auditorías de calidad como adherencia a historia clínica y adherencia a guías. 12/10/2016: Se han realizado a la fecha tres auditorías una de calidad y dos asistenciales (servicio farmacéutico, adherencia a guías y adherencia a historia clínica). | DISEÑADO | 12/09/2016: Aprobar y evaluar programa de auditorías en comité de calidad 12/10/2016: ya fue aprobado el programa de auditorías en el comité de calidad y SCI. |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | Se deben consolidar todos los planes de mejoramiento (auditoría externa, auditoría interna, entre otros) Revisar informe de auditoría de contraloría, verificando si se debe presentar plan de mejoramiento | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías. 12/10/2016: No se ha ejecutado a la fecha seguimiento a planes de mejoramiento de auditorías, se definió en comité de calidad la entrega de los planes para el 27 de octubre del 2016. | NO HA INICIADO | Se debe socializar el formato para consolidar planes y comunicar los realizados por las EPS. 12/10/2016: Realizar seguimiento de acciones en comité de calidad |
| Se evidencia formato ajustado para los procesos de hospitalización y ambulatorios. 100% de avance | MEJORADO | | | MEJORADO | |
| Se evidencia seguimiento del mes de junio. 11% de avance | DISEÑADO | Solicitar información a Jenny Castro | 11/08/2016: Se evidencia consolidación de información del buzón TU VOZ; sin embargo no se ha presentado en el comité de ética y humanización. 12/09/2016: Se evidencia seguimiento del buzón TU VOZ cliente externo (acta N°7 del comité de ética y humanización) con seguimiento de los meses de Mayo a Julio. 12/10/2016: al fecha no se han realizado comités de ética y humanización socializando resultados, de acuerdo a la periodicidad prescrita en la resolución. | DISEÑADO | 12/10/2016: Evaluar sistematicidad del comité de ética y humanización |
| Se evidencia informe de satisfacción global a Junio. 33% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: Se evidencia consolidación de información de satisfacción global a Julio sin embargo no se ha presentado en informe de comité de ética de humanización. 12/09/2016: Se evidencia consolidado global de satisfacción a Agosto 31 del 2016. 12/10/2016: Se evidencian encuestas aplicadas tanto en hospitalización por trabajo social y en ambulatorios por auxiliar de autorizaciones. Sin embargo esta pendiente su tabulación y envío a calidad. | IMPLEMENTADO | Presentar 12/10/2016: Abordar información en comité de ética y humanización |
| Definir aspectos a mejorar en la atención de acuerdo a resultados de encuesta en los servicios de hospitalización y ambulatorios. 33% de avance | DISEÑADO | | 11/08/2016: No se han presentado desviaciones en los resultados. 12/09/2016: Como acción de mejora se decidió aumentar el nivel de la muestra de un nivel de confianza del 90% al 95% con un margen de error del 10% (41 hospitalización y 65 consulta externa). 12/10/2016: Aunque no se han presentado desviaciones, es necesario socializar resultados en comité de ética y humanización. | DESARROLLADO | Presentar 12/10/2016: Abordar información en comité de ética y humanización |
| 24% de avance en plan de capacitación | DISEÑADO | | 11/08/2016: Se evidencian capacitaciones al personal asistencial en cuanto al manejo del paciente y procedimientos básicos de enfermería. 09/09/2016: Se evidencian registro de asistencia de las actividades realizadas en el mes de Agosto y parte de Septiembre. En total se han ejecutado un total de 25. 12/10/2016: Sumado a lo evidenciado en el mes anterior se realizó en el mes de septiembre manejo de equipos biomédicos, tecnovigilancia, farmacovigilancia, administración de medicamentos y office. para un total de 30 capacitaciones a la fecha. | DESARROLLADO | |

| | | | | | |
|--|----------------|--|---|----------------|---|
| 17% de avance de inducción realizada en el mes de Mayo en actas de calidad, y especifica por enfermería sin embargo se evidencia la necesidad de fortalecer la adherencia al programa de inducción y reintroducción. | DISEÑADO | Se tiene programado reintroducción a finales de julio | 11/08/2016: Se realizo inducción al personal nuevo el día 11 de Agosto. 09/09/2016: Se tiene programado reintroducción para el mes de noviembre. 12/10/2016: Se tiene proyectado realizar inducción a personal nuevo en el mismo espacio de la reintroducción, teniendo en cuenta que falta un mes para su realización. | DISEÑADO | |
| Se tienen concertados los objetivos laborales 2016 10% de avance | DISEÑADO | Definir fecha de evaluación (talento humano) 1 a 5 de agosto del 2016 evaluación periódica | 11/08/2016: No se ha realizado a la fecha. 09/09/2016: Se tiene programado realizar evaluación de desempeño el 14 de Septiembre del presente año. 12/10/2016: Ya se realizo evaluación de desempeño. | MEJORADO | |
| 0% de avance | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: Se tiene proyectada a realizar el mes de noviembre | NO HA INICIADO | |
| 0% de avances | NO HA INICIADO | | 11/08/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 09/09/2016: Se tiene proyectada a realizar el mes de noviembre | NO HA INICIADO | 12/12/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización. |
| Se están ejecutando actividades definidas en plan de bienestar. 67% de avances | DESARROLLADO | Solicitar actas de comité de bienestar. Solicitar programa de bienestar | 11/08/2016: Se ejecutan las actividades programadas en el comité. 09/09/2016: A la fecha se han ejecutado las actividades planeadas y reprogramando aquellas que por algún motivo se han aplazado. Así mismo se han cumplido las actividades del plan de bienestar incluyendo contratistas y personal de planta. 12/10/2016: Se ha dado cumplimiento a 7 de 11 actividades programadas. Además se han brindado psicoterapias individuales y grupales con el personal que lo ha requerido. | DESARROLLADO | |

45 actividades en total
30,6260051 Actividades cumplidas

0,68 cumplimiento del plan

| SEGUIMIENTO 4 | | | | Resultado del | Análisis |
|---|----------------|--|------------|---------------|--|
| Con corte a: | 31/12/2016 | Fecha de aplicación: | 11/01/2017 | | |
| AVANCE / ACTIVIDADES REALIZADAS | ESTADO | COMENTARIOS / OBSERVACIONES | | | |
| 11/11/2016: No se ha realizado a la fecha 07/12/2016: No se ha realizado a la fecha 05/01/2017: No se ha realizado a la fecha | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Se definió con el Dr. Ayala para programar una reunión para su realización, esta pendiente definir fecha. | | 33% | De las tres fases proyectadas como estrategia para fortalecer el programa de rehabilitación con enfoque de laborterapia en la granja y ecoturismo en salud mental se cumplió el 33%, con una meta definida del 30% de la meta. |
| | MEJORADO | | | | |
| | MEJORADO | | | | |
| 11/11/2016: No se ha realizado a la fecha 07/12/2016: El 16 de Noviembre se realizó análisis del servicio de UAICA detectándose debilidades y oportunidades de mejora para la presentación del mismo. Dentro de la información presentada se tiene: -Ingreso al programa -Tratamientos culminados -Reingresos al programa -Retiros voluntarios 12/12/2016: Se han tomado acciones frente al fortalecimiento del programa de rehabilitación como la separación de la revista para larga estancia y UAICA con el fin de especificar las actividades y directrices de cada grupo de pacientes. Además se dio inicio este lunes 02/01/2017 al seguimiento de pacientes potenciales al programa de rehabilitación (UAICA) de 9 a 12 am por el equipo terapéutico de UAICA, en el cual los pacientes que consultan de manera ambulatoria son citados en este horario para definir el manejo a seguir, si continúa de manera ambulatoria (consulta de psiquiatría y/o psicología) o hospitalario es decir que requiere internación con el fin de garantizar efectividad en el tratamiento. | IMPLEMENTADO | 11/11/2016: Se tiene programada reunión para el 16 de noviembre para definir las desviaciones encontradas en el programa de rehabilitación y la manera en como se va a evaluar la efectividad. | | | |
| 11/11/2016: definición de mejoras de acuerdo al estándar, dándose continuidad a las asesorías de acreditación. 07/12/2016: Se han mantenido las mejoras alcanzadas en el modelo e implementado las acciones de los planes de mejora. 11/01/2017: A la fecha no se ha realizado calificación de autoevaluación que permita realizar comparación. | DESARROLLADO | | | | |
| 11/11/2016: De acuerdo a resolución 143 de 2015. Vinculándose a las reuniones el personal nuevo. | MEJORADO | | | 2.7 | Se obtuvo una calificación de 2.73 inferior a lo esperado. |

| | | | | |
|---|--------------|---|------|---|
| <p>11/11/2016: Se tiene proyectado realizar a final de año. 11/01/2017: Aun no se ha realizado. 08/02/2017: A la fecha se han realizado calificación con dos de los 8 grupos programados.</p> | DESARROLLADO | | | |
| <p>11/11/2016: Esta pendiente por presentarse propuesta de tesis del químico farmacéutico del Hospital a comité de ética y humanización, el cual se encuentra cursando especialización en epidemiología. 07/12/2016: Fue presentada propuesta de investigación "Caracterización de los casos de intento de suicidio que ingresaron al HEGI en los años 2013B a 2015" por el colaborador Manzur Cali Baleta. Determinándose por el comité el aval del mismo bajo criterios de confidencialidad de la información. En este comité también fueron tratados temas como el convenio a realizar con la universidad de san Buenaventura con fines de investigación y con la universidad de Maimonides. 11/01/2017: Continúa el mismo avance del mes anterior</p> | DESARROLLADO | | 10% | Al cierre del 2016 se desarrollo por lo menos un proyecto de investigación por parte de la Dra. Sandra Saez. |
| <p>11/11/2016: Se hizo ronda en servicio de hombre el 4 de octubre, 6 de octubre en mujeres incluido UAICA, 11 de octubre en UAICA hombres y agudo 1 de noviembre. Además comité 5 de octubre. Aun esta pendiente actualización del programa. 07/12/2016: se realizaron dos rondas en el mes de Noviembre en los servicios de agudos y larga estancia, teniendo como base la aplicación de prácticas seguras. 10/01/2017: se realizo simulacro de código azul con el personal que se encontraba en turno. En donde se mencionaron los aspectos positivos y negativos de la actividad.</p> | DESARROLLADO | | 6,31 | Al cierre del 2016 se obtuvo aumento del 66% en accidentes e incidentes (6,31), respecto a las presentadas en el año 2015 (3,79), sin lograr la meta establecida para la vigencia 2016. |
| <p>11/11/2016: Se tiene definida herramienta para su aplicación la semana del 15 al 18 de noviembre. 07/12/2016: Se encuentra en aplicación encuesta de clima de seguridad. 11/01/2017: se realizo socialización de resultados en comité de seguridad del paciente, definiéndose acciones de mejora a implementar en la nueva vigencia.</p> | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha 07/12/2016: No se ha ejecutado a la fecha 11/01/2017: se realizo socialización de resultados en comité de seguridad del paciente, definiéndose acciones de mejora a implementar para la nueva vigencia.</p> | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: Continúa el mismo avance de actividades reportado en el mes de octubre. 07/12/2016: Se identifican en cada evento centinela presentado en comité de seguridad del paciente. En cuanto a peligros en colaboradores se tiene el mismo avance. 11/01/2017: Continúa el mismo avance. Sin embargo se evidencia oficio solicitando procedimientos del proveedor de vigilancia. Además se encuentra seguimiento al plan de trabajo de salud ocupacional en el cual se incluyen las barreras o controles que se identificaron en la matriz de peligro.</p> | IMPLEMENTADO | 11/01/2017: Se realiza compromiso de enviar documentos que requieren ser también analizados en matriz de peligros por parte de calidad. | | |
| <p>11/11/2016: Se tiene definido realizar valoración del riesgo el 25 de Noviembre y actualización de mapa de riesgos 2016 para la quinta semana de Noviembre. 07/12/2016: Se realizo actualización teniendo en cuenta riesgos identificados en la vigencia 2015 pero no se realizo metodología de administración del riesgo completa. 11/01/2017: Continúa el mismo avance.</p> | DESARROLLADO | | 46 | Al cierre del 2016 solo el 46% de los controles fueron efectivos frente a los riesgos detectados. |

| | | | | |
|---|----------------|--|-----|--|
| <p>11/11/2016: Se presenta mesa de ayuda en los sistemas de información.</p> <p>07/12/2016: En cuanto a SYSCAFE aunque se realizó la compra de un primer modulo esta pendiente la compra de un segundo modulo que responda a todas las necesidades. Los demas aplicativos se encuentran habilitados.</p> <p>11/01/2017: En el mes de Diciembre se realizó la compra del segundo modulo de SYSCAFE que estaba pendiente para su implementación respondiendo a las necesidades. Los demas aplicativos se encuentran habilitados.</p> | IMPLEMENTADO | | 72% | <p>De las 29 herramientas tecnologicas habilitadas solo estan siendo efectivas 21:</p> <p>SIHOS (tiene 18 de los cuales 16 son efectivos)</p> <p>COVIS (3 modulos habilitados de los cuales se utilizan 2)</p> <p>KAWAK (5 modulos habilitados, todavia no estan en funcionamiento)</p> <p>SYSCAFE (3 modulos y se utilizan los 3)</p> |
| | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: Se evidencia los reportes realizados a sistemas en las diferentes unidades en cuanto a las mejoras y ajustes a realizar en el sistema.</p> <p>07/12/2016: Los requerimientos solicitados fueron presentados a Sinergia para incluir en la actualización del sistema SIHOS que se realiza la segunda semana de diciembre. Sin embargo en lo asistencial se han efectuado mejoras y dicho modulo está funcionando, al igual que en talento humano e inventarios, pero en cuanto a presupuesto, contable y cartera la información no es confiable, está pendiente ajustes y mejoras.</p> <p>11/01/2017: En el mes de Diciembre se realizo actualización del SIHOS. Sin embargo se presentan los mismos inconvenientes del seguimiento anterior.</p> | IMPLEMENTADO | | | |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>07/12/2016: No se ha realizado a la fecha.</p> <p>11/01/2017: No se ha realizado a la fecha.</p> | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de calidad. | 49% | <p>Al cierre de 2016 se realizo un seguimiento del 49% de los eventos de interés identificados en los municipios del Departamento del Tolima (Violencia, Conducta Suicida, Epilepsia, Enfermedad mental).</p> <p>El indicador presenta una disminución con respecto al 2015 (83%), ya que el contrato de salud publica fue realizado aproximadamente en 3 meses mientras que en el 2015 fue en 6 meses. Asi mismo el seguimiento del tablero de control no fue realizada directamente por el Hospital si no por la Secretaria de Salud del Tolima.</p> |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>07/12/2016 No se ha ejecutado a la fecha.</p> <p>11/01/2017: No se ha realizado a la fecha.</p> | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de calidad. | | |
| <p>11/11/2016: Se dio inicio el primero de Noviembre, al contrato de salud publica.</p> <p>07/12/2016: Se ha venido implementando en este segundo semestre la prevencion primaria con salud publica, tambien prevencion secundaria sin visita domiciliaria y prevencion terciaria sin hospital dia.</p> <p>11/01/2017: Se dio culminación al contrato de salud publica</p> | DESARROLLADO | | 98 | <p>En el 2016 se presentaron un total de 776 egresos, de los cuales 759 se efectuaron porque los pacientes lograron la meta del plan de tratamiento, es decir, el 98%. Los restantes corresponden a fugas y salidas voluntarias.</p> |
| <p>11/11/2016: No se ha evaluado el cumplimiento de metas del tratamiento. En cuanto a la aplicación del instrumentos para medir seguimiento de eventos de interes se realizara iniciando el año 2017.</p> <p>07/12/2016: No se ha realizado a la fecha</p> <p>11/01/2017: Para este año el instrumento para medir eventos de interes fue diligenciado por la SST y enviado a la psicologa de salud ocupacional Dra. Kelly Villanueva contandose como evidencia el tablero de control. En cuanto al logro de las metas de tratamiento se incluyo verificación del GAF al ingreso y egreso en auditoria realizada a historia clinica, como evidencia se cuenta con lista de verificación de historia clinica e informe.</p> | MEJORADO | 07/12/2016: Abordar tema con Kelly Villanueva | | |

| | | | | |
|---|----------------|---|--|--|
| 11/11/2016: No se ha realizado a la fecha 07/12/2016: No se ha realizado a la fecha 11/01/2017: No se ha realizado a la fecha | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de calidad. 11/01/2017: Abordar tema en comité de calidad | | |
|---|----------------|---|--|--|

| | | | | |
|---|----------------|--|--------|---|
| <p>11/11/2016: Se continúan avances del seguimiento anterior. 07/12/2016: Se continuo procesos con cafesalud y SST; además se ha tenido en cuenta circular 030 de recuperación de cartera régimen subsidiado. 11/01/2017: el 26 de Diciembre se realizo comité de sostenibilidad contable, dentro de los puntos a tratar se hablo del comportamiento de la cartera y glosas e informes de conciliación con las EPS.</p> | MEJORADO | | 249,32 | <p>Para la vigencia 2016, se obtuvo una rotación de la cartera de 249 días, donde las ventas a crédito de dicha vigencia fue de \$8.249.599.660 y el promedio de cuentas por cobrar fue de \$5.713.312.596. Sin lograr la meta establecida de una rotación de cartera menor a 150 días.</p> |
| <p>11/11/2016: Se evidencia monitoreo en informe 2193, presentado en comité de calidad el 20 de octubre del 2016. 07/12/2016: Se evidencio monitoreo realizado en el mes de noviembre en comité de sostenibilidad financiera. 11/01/2017: Se realizo monitoreo el 26 de Diciembre en comite de sostenibilidad financiera.</p> | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: Se continúan avances del seguimiento anterior. 07/12/2016: Como la depuración de la cartera y seguimiento permanente. 11/01/2017: No se identificaron acciones de mejora en el comité de sostenibilidad financiera realizado en Diciembre.</p> | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 07/12/2016: No se ha realizado a la fecha. 11/01/2017: No se ha realizado a la fecha.</p> | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de sostenibilidad contable. | 1,1 | <p>En el 2016 hubo equilibrio presupuestal, por cuanto los ingresos recaudados (\$8.484.424.170) fueron mayores a los gastos comprometidos (\$7.822.829.507), incluyendo recaudo de CxC y CxP de vigencias anteriores, respectivamente; logrando la meta establecida para la vigencia 2016.</p> |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 07/12/2016: No se ha realizado a la fecha. 11/01/2017: No se ha realizado a la fecha.</p> | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de sostenibilidad contable. | | |
| <p>07/12/2016: Se continúa monitoreo en comité de sostenibilidad, además fue un tema tratado en reunión realizada con todo el equipo asistencial en el mes de noviembre.</p> | MEJORADO | | | |
| | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha. 07/12/2016: No se ha realizado a la fecha. 11/01/2017: No se ha realizado a la fecha.</p> | NO HA INICIADO | 11/11/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización. | | |

| | | |
|--|-----------------------|--|
| <p>11/11/2016: Se continua el mismo avance. 07/12/2016: Se continua el mismo avance. 10/01/2017: *Se continua la divulgación de derechos y deberes en consulta externa *Se realizaron arreglos locativos *Ropa para pacientes hospitalizados *Dotaciones a pacientes de larga estancia *Fiesta de fin de año con integración familiar *Actividades lúdicas y de autocuidado los fines de semana *Novenas de aguinaldo, integrando a todos los pacientes del hospital *Decoración navideña por los pacientes *Se realizó oferta de servicios institucionales hacia toda la población en el municipio de lerida por psicologa, psiquiatras y trabajadora social</p> | <p>MEJORADO</p> | <p>11/11/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización. *Incluir actividades espirituales *Cineforo *Tardes de SPA *Karaoke *Relajacion guiada</p> |
| <p>11/11/2016: Se inicio aplicación el día 10 de Noviembre 07/12/2016: En el mes de noviembre fue aplicada encuesta e clima de la cual se tienen unas preguntas especificas que apuntan al tema de humanización. De esta manera queda pendiente la presentación del análisis en comité de ética y humanización. 10/01/2017: el grado de satisfacción general del trabajo fue del 94,81% para el 2016 superando el indicador del 2015 con una satisfacción general del 88%, aun esta pendiente analisis.</p> | <p>MEJORADO</p> | |
| <p>11/11/2016: No se ha ejecutado a la fecha 07/12/2016: No se ha ejecutado a la fecha 10/01/2017: Aun esta pendiente por realizar.</p> | <p>NO HA INICIADO</p> | <p>11/11/2016: Abordar tema en comité de ética y humanización.</p> |
| <p>11/11/2016: Se evidencia en actas de calidad jornada realizada iniciando el mes de Noviembre. 07/12/2016: Planes de mejora revisados y ajustados (ambiente físico, tecnología, talento humano) 11/01/2017: Además de los planes de mejoramiento definidos en la autoevaluación se han formulado los planes de mejoramiento de no conformidades obtenidos de las auditorias internas y externas.</p> | <p>MEJORADO</p> | |

86

Dentro de la encuesta de clima laboral aplicada en el 2016, se incluyeron 7 preguntas relacionadas con la percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores, obteniendo un porcentaje promedio de 86%, donde el resultado de dos preguntas estuvo por debajo del 80% (relacionada con tiempo de descanso 68%, relación contractual 74%); sin embargo, no se logró la meta establecida para la vigencia 2016.

| | | | | |
|---|--------------|--|-----|---|
| <p>11/11/2016: Se tiene programada la realización de la auditoria de gestión al área financiera el 15 de Noviembre. 07/12/2016: A la fecha se tiene un cumplimiento del 50% del programa de auditorias. 11/01/2017: Se dio cumplimiento al 100% de lo programado, sin embargo hace falta allegar a la oficina de calidad informe de auditorias de gestion, auditoria servicio farmaceutico, historia clinica ambulatoria y adherencia a guias.</p> | DESARROLLADO | | 84 | <p>En la vigencia 2016, se definieron 38 acciones de mejoramiento frente a las no conformidades encontradas en las auditorias realizadas de las cuales fueron cumplidas 32. Superando la meta del 80% en un 4%.</p> <p>Auditoria Externa Contraloria:4/4 PGHIRT:3/4 Salva Vida:2/3 Ecoopsos:1/1 SST:1/1</p> <p>Auditoria Interna Recursos Fisicos:21/25 Total:32/38</p> |
| <p>07/12/2016: Se cuenta con los planes de mejora de las auditorias de las no conformidades encontradas, sin embargo el seguimiento inicia este mes ya que se construyeron en el mes de noviembre. Por otro lado se han incluido en el formato institucional hallazgos reportados por auditores externos con el respectivo seguimiento de las acciones de mejora levantadas. 11/01/2017: Se evidencian seguimiento y evaluación del los planes de mejoramiento de autoevaluacion y no conformidades en carpeta publicada en red como "Apoyo a calidad".</p> | MEJORADO | 07/12/2016: realizar seguimiento de acciones en comité de calidad. | | |
| | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: Se evidencia diligenciamiento en la matriz de gestión de PQRSF los meses de Enero, febrero, marzo, abril, junio y septiembre. Así mismo se evidencian reportes físicos del mes de Octubre en la oficina de SAUJ. 07/12/2016: Se presenta el mismo avance del mes anterior. 11/01/2016: Se evidencia actas de apertura de buzón en todos los meses excepto agosto y diciembre. No se evidencia diligenciado formato de seguimiento a gestión de PQRSF desde el mes de septiembre.</p> | DISEÑADO | | | |
| <p>11/11/2016: Se evidencia aplicación de encuestas mes de octubre. Sin embargo esta pendiente su tabulación y envío a calidad. 07/12/2016: Se evidencia aplicación de encuestas en el mes de Noviembre sin embargo esta pendiente su tabulación y envío a calidad. 11/01/2017: la satisfacción global para el ultimo trimestre fue del 100% para un total de 331 encuestados en consulta externa y hospitalización.</p> | MEJORADO | 11/11/2016: Abordar información en comité de ética y humanización. | 97% | <p>Durante la vigencia 2016, se aplicaron de forma permanente encuestas de satisfacción tanto en el servicio ambulatorio como hospitalario, para un total de 985 encuestados de los cuales 958 la calificaron entre bueno y excelente. De esta manera se cumple la meta establecida para el 2016, que es mayor al 90%.</p> |
| <p>11/11/2016: No ha sido necesario la definición de acciones de mejora frente a los resultados obtenidos en satisfacción. 07/12/2016: Se hizo una revisión de las encuestas aplicadas encontrándose una muy buena percepción de la satisfacción, por consiguiente no se requieren acciones de mejora. 11/01/2017: Se evidencia de acuerdo a los resultados que no es necesario definir mejoras.</p> | MEJORADO | | | |
| <p>11/11/2016: No se han realizado nuevas capacitaciones. 07/12/2016: Se ha dado cumplimiento al 80% de las actividades proyectadas. 10/01/2017: Se dio cumplimiento a un 98% del PIC quedando pendiente curso de sordo mudos y protocolo de victimas de abuso sexual.</p> | IMPLEMENTADO | | | |

| | | | | |
|---|---------------------|--|-----------|---|
| <p>11/11/2016: No se ha realizado reintroducción a la fecha. Sin embargo se ha realizado la inducción al personal que ha ingresado. 07/12/2016: Se realizó proceso de reintroducción el día 30 de Noviembre. 10/01/2017: Se realizó proceso de reintroducción al personal que no pudo estar presente en la jornada de Noviembre (14 colaboradores), realizándose el día 22 de diciembre.</p> | <p>MEJORADO</p> | | | |
| | <p>MEJORADO</p> | | | <p>Aun no se ha realizado medición ya que el plazo máximo es hasta el 15 de febrero.</p> |
| <p>11/11/2016: No se ha realizado evaluación de desempeño e contratistas directo. Pero si se realizó en provisionales. 07/12/2016: Se ha evaluado desempeño en provisionales, sin embargo en contratistas no se cuenta con una herramienta diferente al informe de supervisión que evaluó su desempeño. 10/01/2017: Continúa el mismo avance. 10/02/2017: Para la vigencia 2016 se han realizado las calificaciones parciales y se tiene como plazo máximo de calificación el día 15 de febrero.</p> | <p>DESARROLLADO</p> | | | |
| <p>11/11/2016: Se inició aplicación de encuesta de clima organizacional, además se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la evaluación del 2015. 07/12/2016: Aun esta pendiente la presentación del análisis de la encuesta de clima organizacional. 01/01/2017: Aun esta pendiente realizar análisis de resultados de encuesta de clima organizacional.</p> | <p>DESARROLLADO</p> | | <p>60</p> | <p>En la vigencia 2016, se aplicó encuesta de clima laboral para conocer la percepción de los colaboradores frente al tema, en total se aplicaron a 77 donde 46 consideraron que se encuentran satisfechos o muy satisfechos. Con un resultado inferior al 80% establecido como meta. El resultado será insumo para la formulación del Programa de Bienestar y Planes de Capacitación e incentivos.</p> |
| <p>11/11/2016: Se ha dado cumplimiento a 8 de 11 actividades programadas. Además se han continuado las psicoterapias. A los colaboradores. 07/12/2016: Aun esta pendiente dentro de lo programado la celebración de fin de año y la realización de un cine foro. 10/01/2017: Se dio una ejecución del 100% de acuerdo a lo programado en el comité de bienestar social.</p> | <p>MEJORADO</p> | | | |