



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laboroterapia	Al cierre del 2019 desarrollar proyectos de laboroterapia dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Realizar estudio y definir viabilidad del proyecto productivo a implementar.	COMITÉ GRANJA	Integrantes del Comité	2017/06/01	2017/07/31	Gestionando convenio y analizando todos los aspectos a tener en cuenta para el desarrollo del proyecto productivo, con el fin de determinar el alcance.	1	8.57	1	100%	9	9	9
			Capacitar u orientar a pacientes sobre proyecto productivo a implementar (peces, pollo y huertas)	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/02/01	2017/12/21	Gestionar convenios de capacitación u orientación a pacientes relacionados con proyectos productivos a implementar en la Granja.	3	46.14	3	100%	46	46	46
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1.00	100%	26	26	26
Generar conocimiento en salud mental.	Desarrollar dos encuentros académicos en el año y atender visitas de universidades, según convenios suscritos.	Numero de participantes con calificación medio y alto/Total de asistentes	Definir y desarrollar junto con coordinación asistencial encuentros académicos	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/02/01	2017/12/31	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos.	2	47.57	2	100%	48	48	48
			Autorizar la atención de visitas académicas solicitadas al HEGI	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/02/01	2017/12/31	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos; definiendo los aspectos a tener en cuenta para la atención de las visitas de estudiantes en el HEGI.	2	47.57	2	100%	48	48	48
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	0.75	75%	39	39	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	1.00	100%	26	26	26
Desarrollar actividades de promoción y prevención en las áreas con mayor impacto en salud mental.	Intervenir el 100% de los grupos sociales definidos en la vigencia	(grupos sociales orientados/total de grupos sociales proyectados)*100	Determinar junto con equipo asistencial, los grupos sociales a intervenir en la vigencia.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/05/01	2017/12/31	Analizando conjuntamente e identificando población objeto para intervenir según casos de interés mas significativos.	1	34.86	1	100%	35	35	35
Mejorar la recuperación de la cartera	Al cierre de 2019 disminuir la cartera en un 40% frente a la línea base	$\frac{360}{\text{Ventas a crédito del periodo} / (\text{saldo cuentas por cobrar antes de periodo} + \text{saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo}) / 2}$	Monitorar los resultados de la gestión de cartera y tomar las acciones pertinentes.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Analizando en comités internos el comportamiento de los indicadores de cartera y cumplimiento de acuerdos de pago, tomando acciones al respecto..	4	52.00	3	75%	39	39	52
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)	Monitorizar la facturación, analizar motivos de glosas y tomar las acciones pertinentes.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Analizando en comités internos el comportamiento de la facturación y los motivos de glosas, tomando acciones al respecto.	4	52.00	3	75%	39	39	52
			Gestionar la venta de servicios de salud mental	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Suscribiendo contratos y convenios de prestación de servicios de salud mental.	1	52.00	1	100%	52	52	52
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reincidencia y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Asegurar la asignación de los recursos para el fortalecimiento de las competencias del talento humano	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Destinando dentro de presupuesto recursos para el fortalecimiento de las competencias.	1	52.00	1	100%	52	52	52
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Asegurar la asignación de recursos para promover el compromiso institucional en los colaboradores.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Destinando dentro de presupuesto recursos para promover el compromiso institucional.	1	52.00	1	100%	52	52	52

Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Claudia Amparo Medina Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos. Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
TOTALES									704.14	22.75	14.25	613.50	613.50	704.14	

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	7	10	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	4	3	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	5	2	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	0	0	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	0	0	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	16	15	#¡REF!	#¡REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	44%	67%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	25%	20%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	31%	13%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	0%	0%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	0%	0%	#¡REF!	#¡REF!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	704
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	704
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	87.13%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	87.13%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN											Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida							
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN									
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia.	Al cierre del 2019 desarrollar proyectos de laborterapia dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Elaborar estudio de viabilidad del proyecto productivo a implementar.	GESTIÓN DE CALIDAD	Gina Parra	2017/04/01	2017/08/30	Gestionando y documentando los proyectos productivos encaminados a la laborterapia para fortalecer el programa de rehabilitación.	1	21.57	1	100%	22	22	22	
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Liderar ejecución de la fase 1 de la implementación de la norma ISO 9001:2015	GESTIÓN DE CALIDAD	Líder de Planeación y Calidad	2017/04/03	2017/12/31	Definiendo los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 por cada área o proceso; planteando y apoyando en la implementación de aquellos que se fijan cumplir en la fase 1.	1	38.86	1	100%	39	39	39	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Actualizar programa Paciente Seguro.	GESTIÓN DE CALIDAD	Jefe Yesika Orjuela	2017/05/30	2017/07/31	Revisando y ajustado programa paciente seguro para revisión y validación de Coordinación asistencial y aprobación por calidad.	1	8.86	0.33	33%	3	3	9	
			Desarrollar programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	Jefe Yesika Orjuela	2017/01/03	2017/12/31	Definiendo e implementando cronograma de actividades a desarrollar con el cliente interno y externo en la vigencia 2017.	1	51.71	1	100%	52	52	52	
			Evaluar cumplimiento del programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	Alejandra Barreto	2017/07/01	2017/12/31	Evaluar actividades cumplidas frente a las programadas en la vigencia 2017.	1	26.14	1	100%	26	26	26	
			Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital.	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1	100%	52	52	52	
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo.	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52	
			Evaluar cumplimiento del programa de seguridad y salud en el trabajo del hospital	GESTIÓN DE LA CALIDAD	Alejandra Barreto	2017/07/01	2017/12/31	Realizando seguimiento permanente y evaluación con corte a junio y septiembre.	2	26.14	2	100%	26	26	26	
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Liderar la administración de los riesgos en el Hospital	GESTIÓN DE CALIDAD	Líder de Planeación y Calidad	2017/07/04	2017/12/31	Capacitar y apoyar la implementación de la metodología de administración de riesgos en cada proceso y realizar monitoreo semestral.	2	25.71	1	50%	13	13	26	
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones	Al cierre de 2017 el 90% de las herramientas tecnológicas estén en funcionamiento y el 100% la implementación del programa de gestión documental.	(Actividades realizadas del PGD/Actividades definidas en el programa de Gestión Documental) x 100 (Número de herramientas tecnológicas en uso / Cant .de herramientas tecnológicas habilitadas) x 100	Controlar los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.	GESTIÓN DE CALIDAD	Alejandra Barreto	2017/01/03	2017/12/31	Administrando las versiones obsoletas y vigentes de los documentos a través de la aprobación, modificación y eliminación de los mismos; manteniendo actualizado el listado maestro de documentos.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52	
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Actualizar el programa de humanización.	GESTIÓN DE CALIDAD	Gina Parra	2017/05/30	2017/06/30	Ajuste del programa de humanización, validación de Coordinación asistencial y aprobación por calidad.	1	4.43	0	0%	0	0	4	
			Desarrollar programa de Humanización.	GESTIÓN DE CALIDAD	Gina Parra	2017/02/01	2017/12/29	Definiendo actividades a desarrollar en humanización para la vigencia 2017.	2	47.29	2	100%	47	47	47	
			Participar en actividades del programa de humanización	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52	
			Medir percepción de humanización de pacientes familia y colaboradores.	GESTIÓN DE CALIDAD	Gina Parra	2017/10/01	2017/12/29	Aplicando formato de evaluación de percepción de humanización en colaboradores y revisando encuesta de satisfacción para definir e implementar evaluación de percepción en clientes externos.	4	12.71	2	50%	6	6	13	

Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Liderar el proceso organizacional de mejoramiento continuo.	GESTIÓN DE CALIDAD	Líder de Calidad	2017/01/03	2017/12/31	Coordinar la documentación de los planes de mejora, apoyando a las áreas a la implementación de las mismas y haciendo seguimiento al cumplimiento del procedimiento de mejoramiento continuo. Desarrollando estrategias para fomentar cultura de mejoramiento continuo.	2	51.71	1.5	75%	39	39	52
			Evaluar la efectividad de las acciones de mejora.	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Realizando seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento, determinando los estándares y no conformidades en estado mejorado.	4	51.71	2.00	50%	26	26	52
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Efectuar seguimiento al cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas del HEGI	GESTIÓN DE CALIDAD	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Verificando trimestralmente a partir de julio, el cumplimiento de los planes operativos de las áreas (2; con corte a sep. y dic).	2	26.14	2.00	100%	26	26	26
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	Realizar análisis sobre las satisfacción frente a los servicios prestados.	GESTIÓN DE CALIDAD	Comité de Calidad	2017/06/01	2017/12/31	Analizando en comité de calidad el resultado de los aspectos evaluados sobre la satisfacción, determinando oportunidades de mejora y emprendiendo las acciones pertinentes	3	30.43	1.5	50%	15	15	30
TOTALES									630.57	22.33	14.08	547.02	547.02	630.57	

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martinez (Profesional de Acción a Calidad)
Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	5	11	0	0
IMPLEMENTADO (70%)	3	1	0	0
DESARROLLADO (40%)	3	4	0	0
DISEÑADO (10%)	4	1	0	0
NO HA INICIADO (0%)	3	1	0	0
TOTAL ACCIONES	18	18	0	0

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	28%	367%	#jDIV/0!	#jDIV/0!
IMPLEMENTADO	17%	33%	#jDIV/0!	#jDIV/0!
DESARROLLADO	17%	133%	#jDIV/0!	#jDIV/0!
DISEÑADO	22%	33%	#jDIV/0!	#jDIV/0!
NO HA INICIADO	17%	33%	#jDIV/0!	#jDIV/0!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	631
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	631
Cumplimiento del plan	CPM =	86.75%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	86.75%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	0.55	55%	28	28	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	0.60	60%	31	31	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.33	33%	9	9	26
Desarrollar actividades de promoción y prevención en las áreas con mayor impacto en Salud mental.	Intervenir el 100% de los grupos sociales definidos en cada vigencia.	(grupos sociales orientados/total de grupos sociales proyectados)*100	Plantear y desarrollar actividades de intervención a grupos sociales definidos.	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Dr. Leonardo Ayala Jefe Angélica Moreno	2017/06/01	2017/12/31	Organizando y ejecutando actividades de intervención de acuerdo a lo definido y gestionado.	1	30.43	1	100%	30	30	30
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	Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Jefe Angélica Moreno	2017/01/03	2017/12/31	Aplicando encuesta de satisfacción en el servicio ambulatorio y medir el indicador de satisfacción	12	51.71	12	100%	52	52	52
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	AMBULATORIA ADMISIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos. Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
TOTALES										341.57	16.98	5.98	254.24	254.24	341.57

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	4	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	1	2	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	1	2	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	2	0	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	1	0	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	8	8	#¡REF!	#¡REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	38%	50%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	13%	25%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	13%	25%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	25%	0%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	13%	0%	#¡REF!	#¡REF!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	342
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	342
Cumplimiento del plan	CPM = POMVI/PBEC	74.43%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	74.43%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	HOSPITALIZACIÓN	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Generar conocimiento en salud mental.	Desarrollar dos encuentros académicos en el año y atender visitas con las universidades, según convenios suscritos.	Numero de participantes con calificación medio y alto/Total de asistentes	Definir y desarrollar junto con Gerencia encuentros académicos	HOSPITALIZACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2017/02/01	2017/12/31	Programando y coordinando el desarrollo de los encuentros académicos; definiendo los aspectos a tener en cuenta para la atención de las visitas de estudiantes en el HEGI.	1	47.57	1	100%	48	48	48
			Coordinar la atención de visitas académicas solicitadas al HEGI	HOSPITALIZACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2017/02/01	2017/12/31	Determinando fecha, lugar, personal a participar (según perfil de estudiantes) y asegurando que se atienda de forma adecuada.	1	47.57	1	100%	48	48	48
			Reorganizar y operativizar el Comité de educación e investigación	HOSPITALIZACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2017/05/01	2017/12/31	Expidiendo Resolución de reorganización del Comité de educación e investigación y efectuando seguimiento a las actividades académicas y de investigación que se realizan en el hospital.	1	47.57	0.33	33%	16	16	48
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	HOSPITALIZACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	HOSPITALIZACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	1	100%	52	52	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	HOSPITALIZACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.17	17%	4	4	26
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	HOSPITALIZACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos, Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	HOSPITALIZACIÓN	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
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	Medir la satisfacción del paciente frente a los servicios de salud prestados	HOSPITALIZACIÓN	Jefe Angélica Moreno	2017/01/03	2017/12/31	Aplicando encuesta de satisfacción en Hospitalización.	12	51.71	12	100%	52	52	52
TOTALES										453.86	19.00	8.00	374.50	374.50	453.86

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	4	6	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	2	0	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	2	1	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	2	3	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	0	0	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	10	10	#¡REF!	#¡REF!

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Reviso y valido: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

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

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	40%	60%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	20%	0%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	20%	10%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	20%	30%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	0%	0%	#¡REF!	#¡REF!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	454
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	454
Cumplimiento del plan	CPM =	82.51%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	82.51%



VIGENCIA: 2017

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia.	Al cierre del 2019 desarrollar proyectos de laborterapia dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Implementar proyecto productivo para el fortalecimiento del programa de rehabilitación	REHABILITACIÓN	Dr. Leonardo Ayala Dra. Edna Solórzano	2017/02/01	2017/12/31	Desarrollando las actividades de acuerdo a la formulación del proyecto.	1	47.57	1	100%	48	48	48
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	REHABILITACIÓN	Dr. Leonardo Ayala	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.17	17%	4	4	26
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	REHABILITACIÓN	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos, Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
TOTALES										307.00	5.17	5.17	233.50	233.50	307.00

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	5	#iREF!	#iREF!
IMPLEMENTADO (70%)	1	0	#iREF!	#iREF!
DESARROLLADO (40%)	2	1	#iREF!	#iREF!
DISEÑADO (10%)	1	1	#iREF!	#iREF!
NO HA INICIADO (0%)	0	0	#iREF!	#iREF!
TOTAL ACCIONES	7	7	#iREF!	#iREF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	43%	71%	#iREF!	#iREF!
IMPLEMENTADO	14%	0%	#iREF!	#iREF!
DESARROLLADO	29%	14%	#iREF!	#iREF!
DISEÑADO	14%	14%	#iREF!	#iREF!
NO HA INICIADO	0%	0%	#iREF!	#iREF!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	307
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	307
Cumplimiento del plan	CPM =	76.06%
	POMVI/PBEC	
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	76.06%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	0.27	27%	14	14	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	0.8	80%	41	41	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Dr. Leonardo Ayala	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.17	17%	4	4	26
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorias internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos, Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52
TOTALES										259.43	3.74	3.74	163.83	163.83	259.43

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	2	2	#REF!	#REF!
IMPLEMENTADO (70%)	0	1	#REF!	#REF!
DESARROLLADO (40%)	2	1	#REF!	#REF!
DISEÑADO (10%)	2	2	#REF!	#REF!
NO HA INICIADO (0%)	0	0	#REF!	#REF!
TOTAL ACCIONES	6	6	#REF!	#REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	33%	33%	#REF!	#REF!
IMPLEMENTADO	0%	17%	#REF!	#REF!
DESARROLLADO	33%	17%	#REF!	#REF!
DISEÑADO	33%	33%	#REF!	#REF!
NO HA INICIADO	0%	0%	#REF!	#REF!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	259
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	259
Cumplimiento del plan	CPM = POMVi/PBEC	63.15%
Avance del plan de mejoramiento	AP= Pomi/PBEA	63.15%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	GESTIÓN FINANCIERA	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	GESTIÓN FINANCIERA	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	GESTIÓN FINANCIERA	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	GESTIÓN FINANCIERA	Cristina Rodríguez	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Mejorar la recuperación de la cartera	Al cierre de 2019 disminuir la cartera en un 40% frente a la línea base	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 al procedimiento establecido.	GESTIÓN FINANCIERA	Esperanza del Rio	2017/01/01	2017/12/31	Ejecutando la programación de conciliación de la cartera según agenda y ejecutando los cobros según el reglamento.	12	52.00	12.00	100%	52	52	52
			Reportar informes sobre la gestión de la cartera y participar en el análisis para la toma de decisiones	GESTIÓN FINANCIERA	Esperanza del Rio	2017/02/01	2017/12/31	Generando informes mensuales para la gerencia a partir del mes de junio (6; con corte a jun, jul, ago, sep, oct, nov), diligenciando formatos de SIHO "Cartera por Deudor" trimestrales (4; a dic/16, mar/17, jun/17, sep/17) y anual (1, correspondiente a 2016)	11	47.57	8	73%	35	35	48
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 cuentas de prestación de servicios de salud mental.	GESTIÓN FINANCIERA	Margarita Bonilla Rafael Sanabria	2017/01/01	2017/12/31	Generando facturación de acuerdo a los servicios en salud mental prestados y presentando dentro de los términos las cuentas.	12	52.00	12	100%	52	52	52
			Monitorizar la facturación, analizar motivos de glosas y tomar las acciones pertinentes.	GESTIÓN FINANCIERA	Jefe Mauricio Cuellar Jefe Yesika Orjuela	2017/01/01	2017/12/31	Analizando en comités internos el comportamiento de la facturación, resultados de auditorias concurrentes los motivos de glosas, tomando acciones al respecto.	4	52.00	3	75%	39	39	52
Adoptar el nuevo marco normativo contable	En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento y efectividad del sistema de control interno contable superior a 4	Sumatoria puntajes obtenidos / total de criterios	Aplicación del nuevo marco normativo a partir de las NICSP.	GESTIÓN FINANCIERA	Alexandra Bello	2017/01/01	2017/12/31	Reportando saldos iniciales y aplicando el nuevo marco normativo. -Políticas contables -Políticas de operación -Etapas de reconocimiento y revelación -Rendición de cuentas	4	52.00	3	75%	39	39	52
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	GESTIÓN FINANCIERA	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	GESTIÓN FINANCIERA	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos, Etc.)	1	26.14	0	0%	0	0	26
TOTALES										463.86	43.00	9.23	398.74	398.74	463.86

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Reviso y valido: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

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

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

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	7	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	5	2	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	1	1	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	1	0	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	1	1	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	11	11	#¡REF!	#¡REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	27%	64%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	45%	18%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	9%	9%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	9%	0%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	9%	9%	#¡REF!	#¡REF!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	464
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	464
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	85.96%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	85.96%



VIGENCIA: 2017

ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1	100%	52	52	52
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Desarrollar el Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo según Plan Operativo Anual	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Alejandra Cruz	2017/02/01	2017/12/31	Aprobando y desarrollando el plan operativo anual de SST de la vigencia.	1	47.57	94.80	100%	48	48	48
			Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo del hospital	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	0.75	75%	39	39	52
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Amira Liévano	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.666666667	67%	17	17	26
Contribuir al fortalecimiento de las competencias del talento humano para el desempeño de sus labores	Garantizar que el 100% de los colaboradores cuente con inducción o reincursión y capacitación según sus necesidades.	(Total de capacitaciones desarrolladas/Total de capacitaciones requeridas)	Verificar cumplimiento de perfil y ejecutar el plan institucional de capacitación para contribuir al fortalecimiento de competencias del recurso humano.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Amira Liévano Gina Parra	2017/01/02	2017/12/31	Verificando antecedentes y credenciales en proceso de vinculación, con el fin de asegurar competencias del perfil. Desarrollando plan institucional de capacitación y actividades de retroalimentación de conocimiento.	2	51.86	2.00	100%	52	52	52
			Elaborar estudio de reorganización de la planta de personal del HEGI	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Amira Liévano	2017/06/01	2017/12/31	Realizando análisis de cargas, definiendo las necesidades de modificación, documentando la justificación y presentando propuesta ante la Gerencia.	1	30.43	1	100%	30	30	30
			Liderar la implementación del Sistema de Evaluación de Desempeño Laboral.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Amira Liévano	2017/02/01	2017/12/31	Socializando el Sistema de Evaluación de Desempeño Laboral; implementando las actividades definidas en el proceso según su rol.	2	47.57	2	100%	48	48	48
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Establecer y desarrollar el Programa de Bienestar e incentivos de la vigencia	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Gina Parra	2017/02/01	2017/12/31	Programando y ejecutando actividades recreativas, deportivas, lúdicas, educación formal, salud, vivienda. Además realizando una evaluación final del Programa en relación a las necesidades identificadas.	1	47.57	1.00	100%	48	48	48
			Medir el clima organizacional del HEGI y analizar los resultados	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Gina Parra	2017/09/01	2017/10/31	Aplicando encuesta, desarrollando reuniones con grupos de trabajo donde se se analicen los resultados.	1	8.57	0.5	50%	4	4	9
			Establecer la cultura organizacional deseada, y emprender acciones para alcanzarla	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Gina Parra	2017/06/01	2017/12/31	Definiendo la cultura organizacional actual según ultima medición de clima, estableciendo la cultura organizacional deseada. Identificando brechas y tomando acciones para alcanzarla.	1	30.43	0	0%	0	0	30
Depurar pasivo pensional del HEGI	Depuración del 100% del pasivo pensional en el HEGI	(cantidad de funcionarios de los cuales se reporto información de pasivo pensional /cantidad de funcionarios a reportar) x 100	Suscribir y ejecutar contrato para la depuración del pasivo pensional	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal de Apoyo (contratista)	2017/06/01	2017/12/31	Contratando personal de apoyo para la recopilación, revisión y reporte de información de pasivo pensional al programa PASIVOCOL.	1	30.43	1	100%	30	30	30
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos. Etc.)	1	51.71	0.78	78%	40	40	52
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1.00	100%	52	52	52

Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Lograr un promedio de 80% de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental	(Porcentaje promedio de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental)	Definir e implementar en el PGIRS actividades de reciclaje en el HEGI	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Profesional Ocupacional Salud	2017/06/01	2017/12/31	Revisar y ajustar PGIRS. Desarrollando actividades de comercialización y reutilización de residuos provechables. Sensibilizando a colaboradores, pacientes y visitantes sobre la gestión integral de residuos.	3	30.43	2	67%	20	20	30
TOTALES									584.29	109.50	12.36	506.47	506.47	584.29	

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	4	8	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	1	3	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	7	3	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	0	0	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	3	1	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	15	15	#¡REF!	#¡REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	27%	53%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	7%	20%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	47%	20%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	0%	0%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	20%	7%	#¡REF!	#¡REF!

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

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

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	584
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	584
Cumplimiento del plan	CPM =	86.68%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	86.68%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO								
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN									
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26	
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1	100%	52	52	52	
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	1	100%	52	52	52	
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	0.33	33%	9	9	26	
Administrar la información para su adecuada divulgación, utilización, análisis y toma de decisiones.	Al cierre de 2017 el 90% de las herramientas tecnológicas estén en funcionamiento y el 100% la implementación del programa de gestión documental.	(Actividades realizadas del PGD/Actividades definidas en el programa de Gestión Documental) x 100 (Número de herramientas tecnológicas en uso / Cant de herramientas tecnológicas habilitadas) x 100	Implementación del programa de Gestión Documental	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña	2017/01/03	2017/12/31	Socializando TRD por áreas y publicación en la pagina web. Elaboración, aprobación, socialización e implementación de las TVD por áreas.	5	51.71	1	20%	10	10	52	
			Optimizar el uso de herramientas tecnológicas	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña (Apoyo Alexandra Bello Alejandra Barreto Gina Parra)	2017/01/01	2017/12/31	Identificando las necesidades de mejora y efectuando los ajustes y desarrollos correspondientes.	1	52.00	1	100%	52	52	52	
Fortalecer la comunicación interna y externa	Al cierre de 2019 obtener un 80% de percepción en el manejo los medios de comunicación dispuestos por el Hospital	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción del manejo de las comunicaciones usuarios internos y externos / cantidad de preguntas sobre percepción del manejo de las comunicaciones)	Definir e implementar Plan y matriz de comunicaciones.	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña Apoyo de Calidad	2017/07/01	2017/12/31	Diseñando y aprobando por Calidad Plan y matriz de comunicaciones; socializando por áreas, y desarrollando estrategias de uso.	3	26.14	0	0%	0	0	26	
			Medir percepción de efectividad en los medios de comunicación utilizados en el HEGI.	GESTIÓN Tics	Ing. Martha Peña	2017/11/01	2017/12/31	Diseñando y aplicando encuesta a usuarios internos y externos.	1	8.57	0.5	50%	4	4	9	
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	GESTIÓN TICs	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52	
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado /Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	GESTIÓN Tics	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos, Etc.)	1	51.71	0.5	50%	26	26	52	
TOTALES										397.86	7.33	6.53	282.77	282.77	397.86	

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Reviso y valido: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

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

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

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	5	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO (70%)	1	0	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO (40%)	1	1	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO (10%)	2	2	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO (0%)	3	2	#¡REF!	#¡REF!
TOTAL ACCIONES	10	10	#¡REF!	#¡REF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	30%	50%	#¡REF!	#¡REF!
IMPLEMENTADO	10%	0%	#¡REF!	#¡REF!
DESARROLLADO	10%	10%	#¡REF!	#¡REF!
DISEÑADO	20%	20%	#¡REF!	#¡REF!
NO HA INICIADO	30%	20%	#¡REF!	#¡REF!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	398
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	398
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	71.07%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	71.07%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN															
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida	Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVI)	Puntaje atribuido metas vencidas
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Fortalecer el programa de rehabilitación del hospital con enfoque de laborterapia.	Al cierre del 2019 desarrollar proyectos de laborterapia dentro del programa de rehabilitación.	(Proyectos desarrollados/total de proyectos planeados)	Proveer insumos para proyecto productivo y comercializar productos	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes Freddy Salazar	2017/01/01	2017/12/31	Adquiriendo los insumos que se requieran y garantizando la venta de los productos.	1	52.00	1	100%	52	52	52
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	26.14	0.89	89%	23	23	26
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2017/07/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	25.86	1.00	100%	26	26	26
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Aplicar metodología de administración de riesgos.	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos. Etc.)	1	51.71	1	100%	52	52	52
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Establecer plan de mantenimiento del hospital vigencia 2017	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/01/01	2017/02/28	Documentando el plan y expidiendo resolución de adopción.	1	8.29	1	100%	8	8	8
			Ejecutar y evaluar cumplimiento del plan de mantenimiento	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/01/01	2017/12/31	Desarrollando las actividades de acuerdo a lo programado, realizando seguimiento periódico y generando evaluación semestral del cumplimiento.	4	52.00	3.9	98%	51	51	52
Promover el compromiso ambiental en el HEGI	Lograr un promedio de 80% de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental	(Porcentaje promedio de cumplimiento de las metas definidas en el plan de austeridad relacionadas con el compromiso ambiental)	Realizar Diagnóstico del estado de las redes hidrosanitarias, de abastecimiento de aguas y eléctricas en el HEGI	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/06/01	2017/06/30	Revisando de forma general las instalaciones del HEGI. (Diagnóstico)	1	4.14	1	100%	4	4	4
			Desarrollar campaña de ahorro y uso eficiente de agua y energía	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/03/01	2017/12/31	Desarrollando actividades orientadas a promover el uso adecuado de agua y energía. (Campaña definida; soportes ejecución de actividades)	1	43.57	1	100%	44	44	44
			Desarrollar campaña de cero papel	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/04/01	2017/12/31	Desarrollando actividades orientadas a promover el uso adecuado del papel. (Campaña definida; soportes ejecución de actividades)	1	39.14	0	0%	0	0	39
			Seguimiento mensual consumo de agua, energía y de papel	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS	Elizabeth Cortes	2017/02/01	2017/12/31	Registrando cada mes el consumo de agua, energía, como de papel; llevando la trazabilidad de estos para verificar el comportamiento y la efectividad de las campañas, con el fin de tomar acciones al respecto. (registro y análisis mensual)	1	47.57	1.00	100%	48	48	48
TOTALES										454.71	14.79	11.86	411.37	411.37	454.71

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Reviso y valido: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

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

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

ESTADO	CANTIDAD DE ACCIONES			
	SEGUIMIENTO 1	SEGUIMIENTO 2	SEGUIMIENTO 3	SEGUIMIENTO 4
MEJORADO (100%)	3	11	#jREF!	#jREF!
IMPLEMENTADO (70%)	4	2	#jREF!	#jREF!
DESARROLLADO (40%)	3	0	#jREF!	#jREF!
DISEÑADO (10%)	0	0	#jREF!	#jREF!
NO HA INICIADO (0%)	3	0	#jREF!	#jREF!
TOTAL ACCIONES	13	13	#jREF!	#jREF!

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	23%	85%	#jREF!	#jREF!
IMPLEMENTADO	31%	15%	#jREF!	#jREF!
DESARROLLADO	23%	0%	#jREF!	#jREF!
DISEÑADO	0%	0%	#jREF!	#jREF!
NO HA INICIADO	23%	0%	#jREF!	#jREF!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	455
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	455
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	90.47%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	90.47%



VIGENCIA: 2017

FORMULACIÓN										Plazo en semanas	Avance físico de ejecución de la actividad	Porcentaje de Avance físico de ejecución de las metas	Puntaje Logrado por las metas (Poi)	Puntaje Logrado por las metas Vencidas (POMVi)	Puntaje atribuido metas vencidas
ESTRATEGIA	META	INDICADOR	QUÉ (ACTIVIDADES)	QUIÉN		CUÁNDO		CÓMO	Cantidad de Medida						
				PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN								
Implementar el Sistema de Gestión de Calidad del HEGI basado en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015	Obtener un cumplimiento del 20% de los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 para el año 2017.	Numero de requisitos de la ISO 9001: 2015 cumplidos/ Numero de requisitos ISO 9001: 2015 aplicables	Cumplir requisitos de fase 1 de implementación de requisitos ISO 9001:2015.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/07/01	2017/12/31	Implementar los requisitos a alcanzar en esta primer fase.	1	26.14	1.00	100%	26	26	26
Fomentar la cultura de seguridad del paciente en el Hospital	Obtener al cierre del 2017 una calificación promedio igual o superior al 60% en la percepción de seguridad.	(Sumatoria de calificación de cada ítem evaluado sobre percepción de seguridad / número ítem que evalúa la percepción de seguridad) x 100	Participar en actividades del programa paciente seguro en el hospital	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno.	1	51.71	1	100%	52	52	52
Garantizar el cumplimiento al plan de mantenimiento	Un cumplimiento del 80% del plan de mantenimiento en cada vigencia	(Actividades cumplidas/Actividades programadas)x100	Efectuar evaluación del cumplimiento del plan de mantenimiento de la vigencia	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Magda Trilleras	2017/11/27	2017/12/15	Verificando el cumplimiento de los programado en el Plan de Mantenimiento y generando informe con corte a noviembre.	1	2.57	1	100%	3	3	3
Promover una cultura institucional de seguridad y salud en el trabajo	Al cierre del 2017, disminuir en un 2% frente a la vigencia 2016, el índice de frecuencia de accidentalidad global.	(Número total de accidentes de trabajo en el periodo/Número total de horas hombre trabajadas en el mismo periodo)xK (240000)	Participar en actividades del programa de seguridad y salud en el trabajo	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia dirigidas hacia el cliente interno frente a SST.	1	51.71	1.00	100%	52	52	52
			Participar en la evaluación del cumplimiento del Sistema de Gestión de seguridad y salud en el trabajo	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/10/01	2017/11/30	Participando en la ejecución de auditoría interna al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se verifique el cumplimiento de la Política y lo dispuesto en el Decreto 1072 de 2015.	1	8.57	1	100%	9	9	9
Promover una cultura de administración de Riesgos en el Hospital	Al cierre del 2017, obtener un 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	Evaluar la efectividad de los controles de los riesgos.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/12/15	2017/12/31	Valorando los riesgos después de la implementación de controles con el fin de medir la efectividad de los mismos. Generando informe con corte a Diciembre 2017.	1	2.29	0	0%	0	0	2
			Aplicar metodología de administración de riesgos.	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Magda Trilleras	2017/07/01	2017/12/31	Identificando, valorando y dando tratamiento a los riesgos del área.	1	26.14	1	100%	26	26	26
Mejorar la recuperación de la cartera	Al cierre de 2019 disminuir la cartera en un 40% frente a la línea base	$\frac{360}{\text{(Ventas a crédito del periodo/ (saldo cuentas por cobrar antes de periodo + saldo cuentas por cobrar al finalizar el periodo)/2)}}$	Evaluar el proceso de cartera	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Magda Trilleras	2017/11/20	2017/12/07	Verificando a través de la auditoría al proceso de Gestión Financiera, el cumplimiento de las políticas y procedimiento, efectividad de los controles y gestión.	1	2.43	1	100%	2	2	2
Adoptar el nuevo marco normativo contable	En cada vigencia obtener una calificación de cumplimiento y efectividad del sistema de control interno contable superior a 4	Sumatoria puntajes obtenidos / total de criterios	Evaluar el Control Interno Contable del HEGI según normatividad vigente	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Magda Trilleras	2017/02/01	2017/12/07	Verificando y rindiendo informe de control interno contable anual a través del aplicativo Chip Local de la Contaduría General de la Nación; Verificando a través de la auditoría al proceso de Gestión Financiera, el cumplimiento de las políticas y procedimiento del proceso contable e implementación del nuevo marco normativo.	2	44.14	2	100%	44	44	44
Gestionar un ambiente organizacional humanizado	Al cierre de 2017, obtener el 70% de efectividad del Programa de Ética y Humanización del HEGI, según percepción de usuarios internos y externos.	(Sumatoria porcentajes de calificación de cada pregunta sobre percepción de humanización aplicada a pacientes, familia y colaboradores / cantidad de preguntas sobre percepción de humanización)	Participar en actividades del programa de humanización	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/01/01	2017/12/31	Participando en las actividades programadas en la vigencia, relacionadas con la humanización	1	52.00	1	100%	52	52	52
Fomentar la cultura de mejoramiento continuo en el Hospital	Lograr cada año un 85% de efectividad en el Plan de Mejoramiento.	(Cantidad de estándares y No conformidades en estado mejorado / Cantidad de estándares y No conformidades incluidos en el Plan de Mejoramiento) x 100	Gestionar las oportunidades de mejora del área	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Personal del Área	2017/01/03	2017/12/31	Documentando y ejecutando las acciones de mejora que se determinen por distintas fuentes (auditorías internas/externas, autoevaluación, indicadores, informes, seguimientos. Etc.)	1	51.71	1	100%	52	52	52
Promover el compromiso institucional en los colaboradores	Lograr un mínimo un 70% de cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas.	(Sumatoria de porcentaje cumplimiento de los POA / Cantidad de POA) x 100	Efectuar seguimiento al cumplimiento de los Planes Operativos Anuales de las áreas del HEGI	SEGUIMIENTO Y CONTROL	Magda Trilleras	2017/07/01	2017/12/31	Verificando trimestralmente a partir de julio, el cumplimiento de los planes operativos de las áreas (2; con corte a sep y dic).	2	26.14	2	100%	26	26	26
TOTALES										345.57	13.00	11.00	343.29	343.29	345.57

Proyectó: Norma Alejandra Barreto Martínez (Profesional de Apoyo a Calidad)
 Revisó y validó: Claudia Amparo Medina Salazar (Gerente)

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

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

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

% CUMPLIMIENTO POR ESTADO				
MEJORADO	17%	333%	#iREF!	#jREF!
IMPLEMENTADO	0%	0%	#iREF!	#jREF!
DESARROLLADO	17%	33%	#iREF!	#jREF!
DISEÑADO	8%	0%	#iREF!	#jREF!
NO HA INICIADO	58%	33%	#iREF!	#jREF!

Puntajes base de evaluación:		
Puntaje base evaluación de cumplimiento	PBEC =	346
Puntaje base evaluación de avance	PBEA =	346
Cumplimiento del plan	CPM = POMMVI/PBEC	99.34%
Avance del plan de mejoramiento	AP= POMI/PBEA	99.34%