

CRONOGRAMA

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable				
EJE N°1 "LA CALIDAD NUESTRO MODO PARA LA EXCELENCIA"	Mantener estándares de calidad en todos los procesos institucionales permitiendo el mejoramiento continuo, garantizando la interacción con nuestros pacientes y grupos de interés.	Fortalecer el proceso de certificación en la norma técnica ISO 9001, con el mantenimiento y la ampliación del alcance	Mantener los certificados de cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 a través de las auditorías de seguimiento.	1	Recibir y aprobar las visitas de auditoría de seguimiento de la certificación ISO 9001:2015 por parte de Icontec	Mantener de la Certificación de Calidad	Certificación	Informe de Auditoria y/o Certificación														Asesora de Calidad	Asesora de Calidad			
			Ampliar el alcance de certificación incorporando el proceso de la unidad de salud mental.	2	Actualizar proceso e indicadores del servicio de unidad renal y presentarlos al comité de gerencias	Poeceso e indicadores actualizados	Aprobar e incurrir por parte de Asesor de Calidad al SGC	Actas de comité de gerencia															Gerente de Consulta Externa Asesora de Calidad	Subgerencia Asistencial		
				3	Presentar en la visita de auditoria de seguimiento del ICONTEC la ampliacion de alcance para el procdeso de Salud Mental	Presentar proceso en la auditoria	Recibir la aceptación de certificación del proceso por ICONTEC	Informe de Auditoria y/o Certificación																Gerente de Consulta Externa Asesora de Calidad	Asesora de Calidad	
	Incentivar la participación de las asociaciones de usuarios para el mejoramiento continuo de nuestros procesos	Generar espacios que permitan la interacción con los grupos de interés para la prestación de servicios de nuestra institución	Capacitar a los líderes de las asociaciones frente al sistema de gestión de calidad.	4	Programar dos capacitaciones con los miembros de las asociaciones de usuarios en temas de interes general frente a la atención en salud con calidad.	Dos capacitaciones	N° de Capacitaciones realizadas / N° de Capacitaciones programadas	Presentacion de la capacitacion y registro de asistencia															Subgerencia de Atencion al Usuario Gestora Atencion al Usuario Asesora de Calidad	Subgerencia de Atencion al Usuario		
			Realizar una visita trimestral a los medios de comunicación locales con temas de interés para la prestación del servicio	5	Cuatro vistas	N° de visitas realizadas / N° de Visitas programadas	Registro fotografico y comunicaciones																	Subgerencia de Atencion al Usuario Gestora Atencion al Usuario	Subgerencia de Atencion al Usuario	
			Actualizar y ejecutar cronograma de Rendición de cuentas vigencia 2024	6	Cumplir con el 100% del cronograma	Actividades cumplidas / Actividades programadas	Elaborar el informe de evaluación de la audiencia de rendición de cuentas																	Gerencia Asesor de Planeación	Gerencia Asesor de Planeación Talento Humano	
			Realizar una actividad semestral que promueva el servicio al ciudadano dentro de la entidad	7	Fortalecer y mejorar la atención al ciudadano y la atención diferencial e incluyente	Estrategias cumplidas / Actividades programadas	Registros Fotograficos y/o de asistencias Informes																		Subgerencia de Atencion al Usuario Gestora Atencion al Usuario	Subgerencia de Atencion al Usuario
	Planear y ejecutar valoración de avance en nuestro sistema único de acreditación	Realizar diagnóstico del Sistema Único de Acreditación acompañado de una firma con experiencia en procesos de acreditación.	Desarrollar actividades extramurales de manera articulada, con los usuarios y las asociaciones que promuevan la responsabilidad social de la organización.	8	Diseñar 2 estrategia que permitan promover la responsabilidad social (COMPONENTE: 4.4.1. En el Subcomponente Planeación estratégica del Servicio al ciudadano del PAAC)	Fortalecer los canales de atención y comunicación con los ciudadanos	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Registros Fotograficos y/o de asistencias Informes																Gestora de Atencion al Usuario	Subgerencia de Atencion al Usuario Subgerencia Administrativa	
			Realizar referenciación competitiva en instituciones acreditadas con condiciones similares a la nuestra.	10	Realizar una referenciaciones con entidades acreditadas y retroalimentar la información para la adopción de modelos en la institución	Una referenciaciones	Número de referenciaciones realizadas en el año	Acta de asistencia y/o Informe de visitas																	Asesora de Calidad	Asesora de Calidad
	Avanzar en la ampliación del sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST	Incorporar en las auditorías internas de calidad, los criterios exclusivos para el sistema de gestión ambiental y Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo SSST	Cumplir el 80% de las atvidades propuestas en el PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.	11	80% ejecución de las actividades propuesats en el Plan de Trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo.	No de actividades ejecutadas / No. de actividades propuestas en el Plan	Acta de comité de Gestión y Desempeño																	Gestor de SSST Gestor Talento Humano	Subgerencia Administrativa	
			Mantener la implementación de los sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo - SSST, conforme a los lineamientos de la normatividad vigente.	12	Porcentaje de Implementación mínimo del 90% Aceptable	Certificación de la ARL	Informe ARL																		Gestor de SSST Gestor Talento Humano	Subgerencia Administrativa
			Realizar un diagnóstico de la implementación de los sistemas conforme a los lineamientos de la normatividad vigente.	13	Cumplir 90% de los requisitos de norma 14001	Total requisitos cumplidos / Total requisitos aplicables a la entidad	Informe del estado del SGA																			Ingeniera Ambiental

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	
		Consolidar la gestión del riesgo mediante estrategias que permitan generar impacto en los procesos	Desarrollar actividades creativas e innovadoras que promuevan hacia la imagen de un hospital verde.	14	Elaborar socializar y ejecutar el cronograma de celebraciones ambientales de la vigencia 2024.	Ejecutar el 80% de las actividades planeadas	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Cronograma Registros fotograficos													Ingeniera Ambiental	Subgerencia Administrativa	
			Capacitar a los líderes de proceso (Primera línea de defensa) en la gestión del riesgo conforme a los lineamientos del DAFP.	15	Realizar una Capacitar a los líderes de proceso (Primera línea de defensa) en la gestión del riesgo conforme a los lineamientos del DAFP.	90% de los líderes de proceso en gestión del riesgo	N° de Líderes de procesos / N° Total de Líderes de proceso capacitados *100	Acta de asistencia														Asesor de Planeación Control Interno	Asesor de Planeación
			Demostrar a través de seguimiento la efectividad en los controles propuestos a los riesgos identificados en el hospital y la actualización.	16	Socializar la política de enfoque y gestión del riesgo concientizando a los colaboradores la importancia de ejecución de controles establecidos para los riesgos identificados en cada proceso	90% de los colaboradores socializados	N° de Colaboradores / N° Total de Colaboradores Socializados *100	Radicar informes de seguimiento a riesgos ante la gerencia														Control Interno	Control Interno
		Introducir en el modelo de prestación del servicio de la institución las 14 políticas del modelo integrado de planeación y gestión aplicables a nuestra institución	Profundizar en la implementación de las políticas de MIPG.	17	Ejecutar los planes de acción para mejorar las calificaciones del FURAG en relación con las políticas de Modelo Integral de Planeación y Gestión	cumplir con el 80% de los planes de acción de cada política	No de acciones ejecutadas / No. De acciones planteadas	Actas de Comité de Gestión y Desempeño														Responsable de políticas MIPG Asesor de Planeación	Asesor de Planeación
			Ejecutar un programa de monitoreo por parte de planeación y oficina de calidad para mejorar las calificaciones del FURAG	18	Implementar un plan de acción por cada política de MIPG teniendo en cuenta los resultados del FURAG de la vigencia anterior y presentarlos en el comité de Gestión y desempeño.	Avanzar en el diseño e implementación del MIPG	Resultados del FURAG comparativo por vigencias	Actas de Comité de Control Interno														Responsable Política MIPG Control Interno	Control Interno
			Realizar seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno	19	Presentar los informes periódicos de los seguimientos realizados a la ejecución de planes de acción para la implementación de MIPG	Dos seguimientos	No. de seguimientos realizados / NO. de seguimientos programados	Informe														Control Interno	Control Interno
		Lograr mediante la gestión de los recursos humanos y financieros, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización.	Garantizar la Sostenibilidad financiera de la entidad	Realizar acciones que permitan contener el gasto y los costos en el hospital	20	Presentar al comité de costos un informe de los indicadores con su respectivo análisis, causa y acciones de mejora.	Equilibrio entre los ingresos y gastos evitando déficit en las unidades funcionales	% de crecimiento del Ingreso VS % de crecimiento del gasto	Acta de comité													Profesional de costos	Subgerencia Administrativa
				Ejecutar el registró clínico adecuado y pertinente para una facturación correcta	21	Realizar reuniones Bimensual con el cuerpo medico y personal asistencial retroalimentando las causas de glosas	No aumentar el % de glosas	% de glosa vigencia anterior vs % de glosas periodo actual	Informe indicadores Acta de comité de gerencia													Gestor de Facturación Coordinador Asistencial y talento humano del operador.	Subgerencia de Atención al Usuario
				Realizar la retroalimentación de los hallazgos de la auditoría concurrente y los motivos de glosas con responsables, para generar los respectivos planes de mejoramiento.	22	Implementar estrategia pedagógica que permitan la retroalimentación de los hallazgos de la auditoría concurrente y los motivos de glosas frecuentes presentados en el periodo	No aumentar el % de glosas	% de glosa vigencia anterior vs % de glosas periodo actual	Informe indicadores Acta de comité de gerencia													Gestor de Facturación	Subgerencia de Atención al Usuario
Ofertar y contratar el portafolio de servicios con las EPS del régimen subsidiado y contributivos de la región	23			Elaborar y ejecutar un cronograma de reuniones con las Entidades Responsables de Pago ERP para llegar a acuerdos que nos den como resultado nuevos contratos y/o ajustes (necesarios) que incorporen los nuevos servicios ofertados por el Hospital	80% de los contratos actualizados	N° de Contratos Actualizados / N° total de contratos vigentes	Cronograma Actas de reunion Nuevos contratos														Subgerencia de Atención al Usuario	Subgerencia de Atención al Usuario	
Garantizar el uso efectivo de la contratación que se tiene con las EPS	24			Emitir un boletín bimensual con la actualización de la ficha técnica institucional que contiene los servicios contratados y socializarla a todas las UFJUN	Socializar con el 100% del personal del Hospital	N° de colaboradores socializadas / N° total de colaboradores	Actas de socialización														Subgerencia de Atención al Usuario Auditor apoyo contratación	Subgerencia de Atención al Usuario	
Fortalecer los programas de bienestar e incentivos institucionales de tal manera que estén incluidos todos los colaboradores del hospital.	Realizar reuniones periódicas (Cuatrimestral), con los operadores para hacer seguimiento y ajustes del programa de bienestar e incentivos		25	Realizar reuniones periódicas (Cuatrimestral), con los operadores para hacer seguimiento y ajustes del programa de bienestar e incentivos	Cumplimiento del 80% del Plan de Bienestar e Incentivos	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Registro de asistencia y Acta Registros fotograficos													Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa		
	Presentar al comité de Gestión y Desempeño el avance de cumplimiento de Programa de Bienestar e incentivos.		26	Presentar al comité de Gestión y Desempeño el avance de cumplimiento de Programa de Bienestar e incentivos.	Cumplimiento del 80% del Plan de Bienestar e Incentivos	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Registro de asistencia y Acta Registros fotograficos													Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa		
	Actualizar, aprobar, adoptar y Publicar el Plan de Bienestar e incentivos a mas tardar 31 de enero de 2024 a la pagina web (Decreto 612 de 2018)		27	Actualizar, aprobar, adoptar y Publicar el Plan de Bienestar e incentivos a mas tardar 31 de enero de 2024 a la pagina web (Decreto 612 de 2018)	Dar cumplimiento al Decreto 612 de 2018	Publicar Plan de Bienestar e incentivos en los plazos estipulados	URL de la publicación													Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa		
	Dar a conocer los servicios y beneficios que ofrece la caja de compensación familiar a sus afiliados y requisitos para su acceso		28	Dar a conocer los servicios y beneficios que ofrece la caja de compensación familiar a sus afiliados y requisitos para su acceso	50% de los colaboradores socializados	N° de colaboradores socializadas / N° total de colaboradores	Registro de asistencia y Acta														Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa	
	Actualizar, aprobar, adoptar y Publicar el del Plan Institucional de Capacitaciones a mas tardar 31 de enero de 2024 a la pagina web (Decreto 612 de 2018)		29	Actualizar, aprobar, adoptar y Publicar el del Plan Institucional de Capacitaciones a mas tardar 31 de enero de 2024 a la pagina web (Decreto 612 de 2018)	Dar cumplimiento al Decreto 612 de 2018	Publicar Plan de Bienestar e incentivos en los plazos estipulados	URL de la publicación														Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa	
	Presentar al comité de Gestión y Desempeño el avance de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones.		30	Presentar al comité de Gestión y Desempeño el avance de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones.	Cumplimiento del 80% del Plan de Bienestar e Incentivos	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Registro de asistencia y Acta Registros fotograficos														Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa	
Revisar, ajustar y socializar el proceso de evaluación del desempeño para el personal contratado por los diferentes operadores.	31	Ejecutar la Evaluación de desempeño a los colaboradores del HDG	Avaluar el 80% del personal vinculado al HDG	N° de colaboradores evaluados / N° total de colaboradores del HDG	Informe presentado al comité de Gestión y desempeño. Acta de comité.														Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa			

R UNA ATENCION SEGUERA HUMANA Y OPORTUNA\*

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable		
EJE N°2 "NUESTROS RECURSOS NOS PERMITEN PRESTAR"				32	Implemetar analisis de costos articulado con el proceso de vinculación contractual con la Entidades Responsables de Pago de los servicios de salud prestados en la institución que permita analizar el costo de cada CUPS	Contar con el costo del 50% de CUPS manejados en la institución	# de CUPS con costos / # total de CUPS manejados	Informe de ajustes Actas de comités													Subgerencia de Atención al Usuario Profesional de Costos	Subgerencia de Atención al Usuario		
				33	Entregar un analisis Semestral de los resultados obtenidos del analisis de los costos en la prestación de servicios, que permitan iniciar las negociaciones con las ERP y ajustar contratos con baja rentabilidad	2 analisis de costos	# analisis realizados	Contratos con las ERP Informe de ajustes Actas de comités														Profesional de costos	Subgerencia de Atención al Usuario	
				34	Agilizar el proceso conciliación de glosas cumpliendo los términos establecidos en las normas	Participar en las mesas de saneamiento de cartera trimestrales que permita definir acuerdos de pago y los saldos de glosas para gestionar y establecer fechas de conciliación	90% de las EPS con mesa de trabajo	N° EPS con mesa de trabajo / N° total de EPS con cartera	Actas de mesa de saneamiento														Profesional de Cartera	Subgerencia de Atención al Usuario
				35	Realizar el seguimiento al proceso de cuentas de tal manera que se garantice la radicación oportuna de las mismas	Generación de los listados de facturación separándolos por cada responsable e informando mensualmente al operador externo con las faltas de oportunidad en la entrega	Radicación oportuna de 95% de las cuentas	N° de Cuentas Radicadas / Total de Cuentas	Analisis del indicador Plan de Accón														Gestor de Facturación	Subgerencia de Atención al Usuario
				36	Exigir el cumplimiento de la normatividad vigente en el trámite de las cuentas por los servicios prestados a los responsable de pago	Realizar circularización mensual a las Entidades Responsables de Pago solicitando el cumplimiento del pago de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes	100% de las EAPB Circularizadas	N° de EAPB Circularizadas / Total de EAPB	Circulares radicadas														Profesional de Cartera	Subgerencia de Atención al Usuario
				37	Socializar el proceso de pagarés para lograr el cumplimiento de los requisitos y términos establecidos	Realizar semestralmente socialización con el personal involucrado en el proceso de atención del paciente sobre el procedimiento para los pagares y los eventos en que se deben utilizar	100% de los colaboradores de atención al usuario, facturación y auditoría socializados	N° de colaboradores socializados / N° total de colaboradores	Registro de asistencia y Acta														Profesional de Cartera Gestor de Facturación	Subgerencia de Atención al Usuario
				38	Generar cultura de pago al cliente interno y externo.	Diseñar estategias que permitan generar cultura de pago a los clientes internos y externos en el que se muestre la importancia de recursos recaudados en la institución	2 estrategias	Actividades ejecutadas / actividades programads	Evidencia de la ejecución de las estrategias														Gestor de Facturación Profesional de Cartera	Subgerencia de Atención al Usuario
				39	Presentar proyectos a diferentes entidades para la consecución de recursos que permitan hacer las inversiones necesarias para la apertura los servicios que sean prioritarios.	Diseñar o Actualizar proyectos para gestionar recursos que permita fortalecer o ampliar los servicios.	2 Proyecto nuevo o actualizados	N° de Proyectos actualizados vs Total de Proyectos radicados	Radicado de los proyectos														Asesor de Planeación	Asesor de Planeación
				40	Capacitar al personal asistencial y administrativo en los temas que reduzcan las causas más frecuentes de demandas al hospital.	Realizar presentacion y analisis de las demanda recibidas en la vigencia anterior 2023 con las especialidades implicadas en cada una para disminuir las fallas presentadas.	90% de los colaboradores capacitados	N° de colaboradores capacitados según el tema o la competencia / N° total de colaboradores según tema o competencia.	Registro de asistencia y Acta														Asesor de juridico	Asesor de juridico Subgerencia Administrativa
				41	Establecer un proceso que permita asegurar la respuesta oportuna a los diferentes requerimientos juridicos en que involucren al hospital	Socializar el Procedimiento de Tutelas y Derechos de Petición GI - P1 - PR2, con todos los colaboradores que intervienen en su desarrollo y los responsables de su seguimiento y control	100% Colaboradores que intervienen.	No. De respuestas oportunas de los requerimientos juridicos / total de requerimiento juridicos radicados en el HDG.	Registro de asistencia y Acta														Asesor de juridico	Asesor de juridico Subgerencia Administrativa
				42	Realizar el proceso de inducción y reintroducción a los colaboradores para socializar y evaluar la Política de Humanización y buen trato	Programas de Inducción y Re inducción: La Política de Humanización y buen trato debe ser conocida por todas las personas que se desempeñan dentro de la Institución (incluye los operadores externos), dicha actividad debe ejecutarse durante los programas de inducción y re inducción y debe ser evaluado el conocimiento de la misma.	90% Personal	N° de colaboradores con Inducción / N° total de colaboradores del HDG	Informe Trimestral de Inducción y Reinducción.														Gestor de Talento Humano	Subgerencia Administrativa
				43	Socialización de los pasos para una atención humanizada, así como la política de humanización y buen trato, con el ánimo de promover cada vez más la cultura del buen trato mediante campañas pedagógicas.	Aprobar por la junta directiva la política de Humanización y socializarla en los procesos de inducción y reintroducción	90% Personal	N° de colaboradores con socialización / N° de colaboradores de la entidad	Informe de inducción y reintroducción														Equipo de Calidad	Asesora de Calidad
				44	Promover el sentido de pertenencia mediante diferentes actividades entre las cuales están, Festejar el cumpleaños de nuestra institución.	Socializar a lo colaboradores del Hospital el Código de Integridad Ética y Buen Gobierno	90% Personal	N° de colaboradores con socialización / N° de colaboradores de la entidad	Informe de socialización														Gestor de Talento Humano	Gestor de Talento Humano
				45	Establecer estrategias de humanización en diferentes áreas del HDG para el cliente interno y externo.	Formular campaña de Atención Humanizada en todos los servicios del Hospital	Una campaña	N° de Procesos que participan en la campaña/ N° de proceso de la entidad	Documento de la campaña, Registros fotograficos y/o de asistencias														Asesora de Calidad Líderes de procesos	Asesora de Calidad
46	Rondas de Humanización: De forma aleatoria realizando entrevista a los pacientes sobre aspectos relacionados con la humanización al interior de los servicios de salud, en las diferentes áreas o servicios.	Ajustar la encuesta de percepción de la humanización en la entidad de acuerdo con los resultados de la vigencia anterior y aplicar el nuevo instrumento en todos los servicios del Hospital	20 encuestas (mensual) por cada servicio	Encuestas aplicadas / encuestas diligenciadas	Informe trimestral de encuestas ejecutdas														Gestora de Atención al Usuario	Subgerencia de Atención al Usuario				

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable		
EJE N° 3 "HUMANIZANDO CON PASIÓN"		Detección y protección de niños, niñas y mujeres con sospecha de maltrato. 'NO TE SALTES LAS SEÑALES.	Socialización de Guías: A nivel Institucional se debe conocer la guía de atención a posibles pacientes víctimas de maltrato infantil, violencia sexual, violencia doméstica y del conflicto armado con el ánimo de garantizar una atención integral al paciente y su familia y prevenir la re-victimización. De igual manera se debe dar a conocer (especialmente al personal asistencial) el respectivo flujo grama de atención en dichos casos.	47	Incorporar en el proceso de reinducción del personal un resumen de las guías de maltrato infantil violencia sexual y domestica y conflicto armado al personal asistencial	80% de los colaboradores capacitados asistenciales	N° de colaboradores capacitados Asistenciales / N° total de colaboradores asistenciales del HDG	Registro de asistencia y Acta													Psicologos Gestor de Talento Humano	Subgerencia Asistencial		
				Incorporar en el proceso de reinducción del personal asistencial el flujograma de atención posibles pacientes victimas de maltrato infantil, violencia sexual, violencia doméstica y del conflicto armado	48	Incorporar en el proceso de reinducción del personal asistencial el flujograma de atención posibles pacientes victimas de maltrato infantil, violencia sexual, violencia doméstica y del conflicto armado	80% de los colaboradores capacitados asistenciales	N° de colaboradores capacitados Asistenciales / N° total de colaboradores asistenciales del HDG	Registro de asistencia y Acta														Psicologos Gestor de Talento Humano	Subgerencia Asistencial
			Capacitaciones: Capacitar al personal sobre estrategias de detección de posibles víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual, así como el adecuado reporte a Comisarias de Familia del Municipio o respectiva autoridad competente con el ánimo de realizar seguimiento y supervisión de los casos sospechosos de maltrato y facilitar la restitución de los derechos.	49	Incorporar dentro del proceso de inducción del personal las estrategias institucionales de detección de posibles víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual, así como el adecuado reporte a Comisarias de Familia del Municipio o respectiva autoridad competente con el ánimo de realizar seguimiento y supervisión de los casos sospechosos de maltrato y facilitar la restitución de los derechos.	90% de los colaboradores asistenciales capacitados	N° de colaboradores asistenciales capacitados / N° total de colaboradores asistenciales	Registro de asistencia y Acta																Psicologos Gestor de Talento Humano
		Infraestructura: Disposición de áreas que permitan la humanización en los procesos de espera y atención (limpias, ventiladas, luminosas, con sillas de espera, baños, etc.). Habitaciones, consultorios y espacios que permitan la privacidad durante el aseo personal y los respectivos procedimientos. De igual manera generar condiciones de silencio a nivel	50	Diseñar o Actualizar proyectos para gestionar recursos que permitan construir o mejorar (02) areas para una atención humanizada.	Proyectos nuevo o actualizados	Proyectos nuevo o actualizados.	Proyecto Radicado.																Asesor de Planeación	Planeación
		Generación de estrategias lúdicas para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas: Realizar aprovechamiento de los espacios y tiempos libres con los niños y niñas, así como con los adultos mayores. De acuerdo a ello se desarrollarán espacios y estrategias de aprendizaje y recreación que contribuyan a la continuidad del desarrollo cognitivo y socio afectivo de los niños y niñas que se encuentran hospitalizados en la Institución (Tardes de aprendizaje y diversión). Con los adultos mayores se desarrollaran actividades de manualidades y lectura, en ambos casos las actividades se desarrollaran siempre y cuando las condiciones físicas y psicológicas lo permitan.	51	Ejecutar 2 estrategias lúdicas para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas: Realizar aprovechamiento de los espacios y tiempos libres con los niños y niñas, así como con los adultos mayores. De acuerdo a ello se desarrollarán espacios y estrategias de aprendizaje y recreación que contribuyan a la continuidad del desarrollo cognitivo y socio afectivo de los niños y niñas que se encuentran hospitalizados en la Institución (Tardes de aprendizaje y diversión). Con los adultos mayores se desarrollaran actividades de manualidades y lectura, en ambos casos las actividades se desarrollaran siempre y cuando las condiciones físicas y psicológicas lo permitan.	Estrategia Implementada 2	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Estrategias Registros fotograficos																Subgerencia Administrativa Gestor Hospitalización	Subgerencia Asistencial
	Análisis de fallas en la atención humanizada. 'REVISAR Y CORREGIR	Con el ánimo de detectar, analizar y prevenir situaciones relacionadas con las fallas en la atención humanizada se analizara de mensual en el comité de calidad, a fin de realizar el respectivo análisis y planes de mejoramiento en las fallas en la atención humanizada, de igual manera se debe realizar seguimiento de las acciones de mejora propuestas.	52	Presentar un informe completo al comité de calidad sobre las fallas en la atención humanizada y los seguimientos a las acciones de mejora estableciendo compromisos por parte del operador y otros contratistas para subsanar la falla en la atención	Cumplir con el 90% de acciones de mejora	N° de actividades realizadas / N° de actividades programadas	Informe trimestral de cumplimiento de las acciones de mejora															Gestora de Atencion al Usuario	Subgerencia de Atención al Usuario	
Fortalecer prácticas institucionales enfocadas en generar una cultura de atención segura y oportuna, minimizando los riesgos en la prestación del servicio.	Garantizar el cumplimiento de órdenes médicas en la prestación del servicio durante la estancia hospitalaria del paciente en todos los servicios de nuestra institución	Revisión de Historia Clínica por parte del personal de enfermería en cada turno y actualización de kardex y seguimiento diario de pacientes según órdenes médicas.	53	Aplicar lista de chequeo para verificación del cumplimiento de las ordenes medicas en las historias clínicas	cumplir con el 80% de las listas de chequeo poe cada historias clinicas auditadas	Numero de historia clinica que cumple con el 80% de la aplicación de la lista de chequeo / Total de historias clinicas auditadas de la muestra representativa	Informe con analisis causa y su respectiva ficha de indicadores															Coordinador Medico Subgerente Asistencial	Subgerencia Asistencial	
		Verificación del cumplimiento de órdenes médicas y tratamiento en las rondas de entrega de turno enfermería por parte del jefe del servicio.	54	Revisión de una muestra aleatoria en cada unidad funcional del cumplimiento de las ordenes medicas según la lista de chequeo	Cumplimiento del 90% en las historias de la muestra	N° de Historias que cumplen / N° de historias auditadas	Indicador Lista de Chequeo Informe																Coordinador Medico	Subgerencia Asistencial
		Verificación del cumplimiento de órdenes medicas por parte del gestor del servicio en las rondas con los especialistas.	55	Presentación en el comité de Historias clínicas de los resultados de las revisiones y acciones de mejoras de las revisiones realizadas a las historias	Presentacion mensual de Informe	presentacion en el comité de HC	Presentacion Actas de comité																	Coordinador Medico
	Fortalecimiento de una cultura en seguridad del paciente justa y no punitiva mediante un programa de capacitación y entrenamiento al personal asistencial de la institución.	Programa de capacitación y entrenamiento en Seguridad del Paciente teniendo en cuenta los principales riesgos e implementación de barreras para prevenir ocurrencias de Eventos adversos al 90% del personal institucional.	56	Realizar una capacitación con el tema de barreras de seguridad del paciente (Higiene de Manos, Prevención UPP, Prevención de Caídas, Identificación correcta de Pacientes, Aislamiento, Venopuncion Cateterismo Vesical, guía de administración de medicamentos)	90% Personal Asistencial	N° de colaboradores asistentes que le aplique / N° total de colaboradores que le aplique	Registro de asistencia y Acta																Referentes de Seguridad de Paciente	Subgerencia Asistencial
	Realizar el proceso de Inducción y reinducción a todo el personal que se incorpore a la Organización en la temática de cultura de Seguridad del Paciente.	57	Realizar la inducción y reinducción a todo el personal que se incorpore a la organización en cultura de seguridad del paciente	90% Personal	N° de colaboradores asistentes / N° total de colaboradores	Registro de asistencia y Acta																Referentes de Seguridad de Paciente	Subgerencia Asistencial	
	Aplicar periódicamente un instrumento para evaluar la cultura de Seguridad del Paciente y percepción del cliente interno.	58	Realizar la medición de percepción de la cultura de seguridad del paciente en los usuarios de la institución	Tamaño de la muestra 380 Nivel confianza 90% Margen de error 5% total de 159	N° de colaboradores asistenciales / N° total de colaboradores	Registro de asistencia y Acta																Referentes de Seguridad de Paciente	Subgerencia Asistencial	

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable						
EJE N°4 "TRABAJANDO POR LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES"	Detectar y resolver los resultados negativos a la medicación, de manera que se pueda hacer un uso seguro y efectivo de los medicamentos	Realizar seguimiento fármaco terapéutico a los pacientes que cumplen los criterios establecidos en el programa de atención farmacéutica	Realizar seguimiento fármaco terapéutico a los pacientes que cumplen los criterios establecidos en el programa de atención farmacéutica	59	Presentar al comité farmacia y terapéutica un informe del seguimiento realizado a los pacientes del programa de atención farmacéutica incluyendo acciones de mejora	Resolver el 80% de los resultados negativos a la medicación	Informe	Informe														Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial					
			Hacer conciliación medicamentosa al ingreso, durante la estancia y a la salida de los pacientes	60	Implementar el procedimiento de conciliación medicamentosa y presentar informe al comité de farmacia y terapéutica	Gestion del 100% de los resultados negativos asociados a la medicación.	Análisis de indicadores con forme indica el procedimiento	ficha de indicadores aplicados según procedimiento																Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial			
			Ejecutar la fármaco - vigilancia activa de acuerdo al tipo de medicamentos, diagnóstico y resultados.	61	Realizar la evaluación de la seguridad de los medicamentos en el seguimiento fármaco terapéutico de los pacientes seleccionados según criterios informándolo en el indicador	Elaborar un informe de los indicadores con su respectivo análisis ,causa y acciones a tomar	N° seguimientos gestionados / total de seguimientos	Informe indicador y reporte																	Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial		
	Establecer un programa de optimización en el uso de antimicrobianos, de manera que contribuya a disminuir la resistencia bacteriana y el control de las infecciones.	Realizar medición al uso de los antibióticos y resistencia bacteriana en la institución.	Contar con la especialidad de infectología para liderar y asesorar el funcionamiento del programa y el manejo de las infecciones en la institución.	62	Contar con la especialidad de infectología para liderar y asesorar el funcionamiento del programa y el manejo de las infecciones en la institución.	Contratación del Infectologo	Informe mensual	Informe de actividades																Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial			
			Presentar un informe del uso de los antibióticos y la resistencia bacteriana proponiendo las respectivas acciones de mejora	63	Presentar un informe del uso de los antibióticos y la resistencia bacteriana proponiendo las respectivas acciones de mejora	Informes trimestrales	N° de informes	Acta comité																	Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial		
	Implementar las buenas prácticas de manufactura de aire medicinal para ofrecer un producto que cumpla los criterios de calidad para nuestros pacientes.	Realizar un diagnóstico de las falencias que se tienen en el proceso frente a los requisitos exigidos por el Invima	Realizar el diagnóstico de las condiciones del sistema de producción y distribución de aire medicinal frente al cumplimiento de las norma de Buenas Practicas de Manufactura exigidos por INVIMA, concluyendo con el respectivo plan de mejoramiento	64	Realizar el diagnostico de las condiciones del sistema de producción y adquisición de los equipos para el funcionamiento de la central de gases medicinales.	Diagnostico y Plan de mejora	Diagnostico y Plan de mejora	Diagnostico y Plan de mejora																	Gestor Farmacia	Subgerencia Asistencial		
			Mejorar la infraestructura de la central de gases de acuerdo a la normatividad vigente	65	Actualizar el proyecto de obra nueva y/o ampliación de la infraestructura y adquisición de los equipos para el funcionamiento de la central de gases medicinales.	Diseñar o actualizar un proyecto	Proyecto Radicado.	Radicado del proyecto.																		Planeación	Subgerencia Administrativa	
			Adquirir los implementos y dispositivos requeridos para producción y control de calidad del aire medicinal.	66	Gestionar los recursos necesarios para adquirir los implementos y dispositivos requeridos para producción y control de calidad del aire medicinal.	Adquirir los implementos y dispositivos requeridos para producción y control de calidad del aire medicinal.	No. de implementos y dispositivos adquiridos / No. implementos y dispositivos requeridos	implementos y dispositivos																		Planeación	Subgerencia Administrativa	
			Realizar el proceso de certificación ante el Invima de la producción de aire medicinal por compresor	67	Adelantar el proceso de certificación ante el Invima de la producción de aire medicinal por compresor	Cumplir con los requisitos exigidos en el marco legal según INVIMA	Número de requisitos cumplidos / Número de requisitos exigidos	Cumplimiento lista de chequeo de actividades aplicables al proceso de Farmacia																			Gestor de farmacia Asesora de Calidad	Asesora de Calidad
	Garantizar un adecuado ambiente físico que propenda por la seguridad del usuario, su familia y funcionarios, mediante un mantenimiento oportuno en la infraestructura y equipos hospitalarios industriales, biomédicos e informáticos	Actualizar el sistema de inventario de nuestra institución que permita el seguimiento de la vida útil de equipos hospitalarios industriales biomédicos e informáticos permitiendo su oportuno mantenimiento y/o renovación.	Realizar (02) reuniones en el año con los responsables de los procesos para revisar las novedades que puedan tener en los inventarios de equipos en sistema para su mantenimiento oportuno	68	Realizar (02) reuniones en el año con los responsables de los procesos para revisar las novedades que puedan tener en los inventarios de equipos en sistema para su mantenimiento oportuno	Sistema de inventarios actualizado	N° de equipos con hoja de vida en el sistema / N° Total de equipos	Actas de reunion																		Almacenista Ingeniero Biomedico Ingeniero de sistemas Coordinador de infraestructura	Subgerencia Administrativa	
			Implementar una herramienta informática en el hospital que permita controlar y mejorar los tiempos de respuesta de los requerimientos de mantenimiento.	69	Actualizar implementar la herramienta informática solicitando a el proveedor del software institucional la implementación de todos los aspectos técnicos exigidos por las normas para el manejo del modulo de mantenimiento y socializar su manejo con todos los clientes internos para concretar el funcionamiento de la misma por parte de los procesos de gestión de la tecnología y gestión de la información y gestión del ambiente físico	90% de las solicitudes de mantenimiento por la herramienta informática	N° de solicitudes por la Herramienta Informatica / Total de solicitudes de mantenimiento	Registro de Mantenimiento																			Ingeniero de Sistemas Lider de Infraestructura Ingñiero Biomédico	Subgerencia Administrativa
	Implementar un sistema que incluya el modelo de tres líneas de defensa en la gestión del riesgos de seguridad del paciente	Capacitar al personal asistencial de la institución en gestión de riesgos.	Incluir en el proceso de inducción y reinducción la temática de gestión de riesgos institucionales y de seguridad del paciente	70	Incluir en el proceso de inducción y reinducción la temática de gestión de riesgos institucionales y de seguridad del paciente	Capacitar el 80 % de los colaboradores	N° de colaboradores capacitados / N° total de colaboradores	Registro de asistencia Presentación																		Gestor de Talento Humano Asesor de Planeación	Subgerencia Administrativa	
			Realizar monitoreo del cumplimiento de los controles del sistema de riesgos identificados para la atención segura del paciente por parte de seguridad del paciente.	71	Entregar informes periódicos a la gerencia de la gestión de los controles a los riesgos de seguridad del paciente establecidos	Dos informes	Informes presentados	Informes																			Referentes de Seguridad de paciente	Subgerencia Asistencial
			Evaluación y seguimiento por parte de la oficina de control interno.	72	Realizar y entregar informe de evaluación y seguimiento a la gerencia sobre el avance del sistema de las tres líneas de defensa en los riesgos de seguridad del paciente	Dos seguimientos	N de realizados programados / n de seguimientos programados	Informe																			Control Interno Referentes de Seguridad del paciente	Control Interno
	Realizar seguimiento a la información registrada en la historia clínica sistematizada, para	Verificar las opciones y permisos que genera el software para la opción cortar y pegar.	73	Revisión de una muestra aleatoria en cada unidad funcional del cumplimiento de las ordenes medicas según la lista de chequeo	Cumplimiento del 90% en las historias de la muestra	N° de Historias que cumplen / N° de historias auditadas	Indicador Lista de Chequeo Informe																			Coordinador Medico	Subgerencia Asistencial	

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2024	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	
		garantizar que la calidad del registro corresponda al paciente.	Revisión oportuna a la información ingresada haciendo el seguimiento por parte del comité de historias clínicas y archivo clínico	74	Revisión de la calidad de los registros clínicos	Lista de chequeo Implementada	N° de Historias clínicas que cumplen / total de Historias revisadas	Acta comité de Historias clínicas													Coordinador Medico	Subgerencia Asistencial	
		Mejorar el registro en los datos de las estadísticas vitales (certificados de defunción y nacidos vivos)	Revisión oportuna de los datos ingresados garantizando que los mismos sean verídicos.	75	Generar el listado de registros cargados en la plataforma RUAFND revisándolo y proponiendo las acciones de mejora pertinentes en las inconsistencias encontradas	80% de las acciones de mejora	Acciones de mejora ejecutadas / Acciones de planteadas	Informe con listado													Lider Archivo clinico	Subgerencia Administrativa	
			Establecer acciones que permitan que la información se cargue de manera oportuna en las plataformas de estadísticas vitales.	76	Programar de manera semestral la retroalimentación de las no conformidades en el registro de datos de los certificados (RUAFND)	Corregir el 80% de las no conformidades	No conformidades corregidas / No conformidades encontradas	Registro de Asistencia Presentacion														Lider Archivo clinico	Subgerencia Administrativa
		Adoptar las guías y protocolos de manejo medico en nuestra institución de las 10 patologías más frecuentes de cada especialidad	Definir las patologías de las cuales se van a establecer las guías de manejo.	77	Presentación anualmente al comité de Historias clínicas de la estadística de patologías mas frecuentes para definir que guías se deben tener en la institución	Guías diseñadas o actualizadas	Guías diseñadas o actualizadas / guías identificadas mas frecuentes	Acta de comité guías													Epidemiologa	Subgerencia Asistencial	
			Socialización en las diferentes áreas de las guías adoptadas para el manejo medico	78	Realizar socializaciones con los especialistas de manera periódicas, en las diferentes UFUN para dar a conocer las guías de practica clínica actualizadas	Socializar con el 80% de los especialistas las guías	N° de especialistas socializados / N° total de especialistas	Actas de socializacion														Subgerente Asistencial	Subgerencia Asistencial
			Capacitación y actualización a nuestro personal asistencial de manera continua, sobre los manejos médicos de acuerdo con las guías adoptadas.	79	Realizar capacitaciones con el personal medico en las diferentes UFUN para dar a conocer las guías de practica clínica actualizadas	Capacitaciones a el 80% de los medicos generales de las UFUN	N° de medicos capacitados / N° total medicos	Actas Registro de Asistencia														Coordinador Medico Subgerente Asistencial	Subgerencia Asistencial
			Supervisión y seguimiento en la adherencia de las guías de manejo por parte del personal asistencial.	80	Crear el indicador y presentar en el comité de historias clínicas el resultado de la adherencia a las guías de manejo de las seis causas de ingreso relevantes en la institución	90% de Historias de la muestra cumpliendo las guías de manejo	N° de Historias clínicas que cumplen / total de Historias revisadas	Informe y Actas de comité														Coordinador Medico	Subgerencia Asistencial
		Modernización del equipo biomédico para la toma de ayudas diagnósticas de nuestra institución	Realizar un diagnóstico la necesidad de la adquisición de estos equipos con base a las estadísticas de atención, teniendo en cuenta que somos un hospital de referencia del departamento	81	Actualizar el diagnóstico del estado actual de los equipos biomédicos para la toma de ayudas diagnósticas.	Diagnostico con la necesidad de equipos	Diagnostico	Diagnostico con la necesidad de equipos														Ingeniero Biomedico	Subgerencia Administrativa
			Elaborar proyectos con toda la normatividad técnica y jurídica para viabilizar la necesidad de adquisición, renovación y actualización de equipos biomédicos del Hospital.	82	Actualización del proyecto con las necesidades de adquisición, renovación y actualización de equipos biomédicos del Hospital.	Proyectos presentados	N° de proyector presentados	Proyectos														Ingeniero Biomedico Asesor de Planeación	Subgerencia Administrativa

Granada Meta, 21 de diciembre de 2023

Subgerente Administrativo

Elaboro: Asesor de Planeación

Reviso: Subgerente Asistencial

Aprobo: Gerencia

Junta Directiva

Subgerente de Atención al Usuario