

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA E.S.E. 'PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2025			CRONOGRAMA												PE-PL2-F1		Versión 3										
Eje	Objetivo Estratégico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2025	LÍNEA DE BASE	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	Observaciones			
EJEN° 1 "Fortalecimiento y ampliación del portafolio para un hospital consolidado en la Mediana y Alta complejidad"	Fortalecer la prestación de los servicios de salud con una gestión clínica que dé respuesta a las necesidades de los usuarios y sus familias, con la ampliación del portafolio de servicios.	Fortalecer servicios de mediana y alta complejidad.	Ampliar la oferta del portafolio de servicios de mediana y alta complejidad, patologías más frecuentes y los servicios con mayor demanda.	1	Ampliar la oferta del portafolio de servicios de acuerdo al nivel de complejidad habilitando mínimo dos servicios por vigencia.	61 servicios habilitados	62 servicios habilitados	Número de servicios nuevos/ Total de servicios habilitados	Certificado de Habilitación y actualización de nuevo servicio en el portafolio de servicios.													Subgerencia Asistencial / subgerencia Atención al Usuario.	Subgerencia Asistencial				
			Hacer los documentos que contienen los procesos, protocolos, guías y demás elementos documentales requerida para la apertura de los nuevos servicios	2	Documentar el proceso, guías y protocolos de los nuevos servicios habilitados en la Institución.	No hay línea de base	Proceso, guías y protocolos documentados.	Proceso, guías y protocolos, aprobados por el área de Calidad.	Proceso, guías y protocolos documentados.													Coordinador medico y Gestor del servicio correspondiente.	Subgerencia Asistencial				
			Establecer los códigos de los procedimientos requeridos para la prestación de los nuevos servicios ofertados presentando a aprobación las tarifas institucionales cuando son requeridas.	3	Realizar actualización de códigos cups para realizar el costeo necesario en la contratación de las EPS,para la oferta de los nuevos servicios habilitados.	16 contratos con EAPB	Contratación con las EPS, frente a la apertura de los nuevos servicios habilitados.	Contrato vigente con la EPS.	Contrado de las EPS, con respecto a los nuevos servicios habilitados.													Gestor Gestión Comercial.	Subgerencia Atención al Usuario.				
			Mejorar la infraestructura para una prestación de servicios de salud sostenible con espacios adecuados.	4	Adecuación de la infraestructura en donde funcionará el servicio de Hemodinamia e imagenología	No Aplica	Infraestructura en cumplimiento de los requisitos de habilitación.	Cantidad de metros cuadrados intervenidos	Informe del área de infraestructura														Subgerencia Administrativa.	Subgerencia Administrativa.			
			Mejorar el equipamiento de tal manera que logre una prestación de servicios de salud sostenible con los equipos que aseguren calidad y oportunidad.	5	Dotar de equipos biomédicos el nuevo servicio de Hemodinamia de la Institución en cumplimiento de la norma de habilitación.	No Aplica	Dotar el servicio de Hemodinamia de los equipos requeridos en la norma de habilitación.	Cantidad de equipos disponibles X 100 /Total de equipos requeridos para la unidad.	Equipos biomédicos en la institución														Ingeniero Biomédico, Asesora de calidad, Subgerencia Asistencial	Subgerencia Administrativa Subgerencia Asistencial .			
		Mantener el cumplimiento de los estándares de oportunidad en las consultas y procedimientos ambulatorios para los servicios de mediana y alta complejidad	Realizar el análisis periódico de la oferta y demanda de los servicios prestados por las especialidades en la unidad funcional de consulta externa y cirugía ambulatoria.	6	Realizar analisis de los indicadores de oportunidad que permitan generar acciones de mejoramiento que impacten en la oportunidad, en la prestación del servicio.	Oportunidad de los indicadores de las especialidades: Ginecología: Meta en: 8 Días Pediatria: Meta en: 5 Días Cirugía General:Meta 20 Días Ortopedia: Meta 15 Días Obstetricia:Meta 5 Días Medicina interna: Meta 15 Días	Garantizar la oportunidad en la asignación de citas.	Cantidad de especialidades que cumplen con el indicador X 100 / Total de las especialidades .	Indicadores de de Consulta externa y cirugía programada.															Gestor de Consulta Externa y Gestor Cirugía	Subgerencia Asistencial		
			Realizar los procesos de contratación que permitan mantener y mejorar la oferta y demanda de los servicios prestados por las especialidades habilitadas en el Hospital.	7	Garantizar los procesos de contratación con las diferentes especialidades para la prestación del servicio.	Contratos con especialistas conforme al portafolio de servicios.	Continuar con los contratos vigentes para todas las especialidades habilitadas.	Contratos vigentes para todas las especialidades habilitadas.	Contratos vigentes para todas las especialidades habilitadas.															Subgerencia Asistencial	Subgerencia Asistencial		
			Fortalecimiento del proceso de Docencia Servicio	Realizar la documentación las actividades de planeación, ejecución, verificación y mejora del componente de docencia servicio en el Hospital Departamental de Granada E.S.E.	8	Ejecución y seguimiento a través de indicadores de desempeño del proceso de docencia servicio.	No existen indicadores de desempeño	Establecer los indicadores de desempeño.	Número de actividades realizadas con el grupo de internos x 100 / Número total de internos.	Ficha de indicadores															Gestor de Docencia Servicio de la Institución	Subgerencia Asistencial	
				Realizar la contratación de nuevos convenios docencia servicios del escenario de practica con nuevos programas y el crecimiento de los que se encuentran vigentes	9	Realizar estudio de nuevos convenios de docencia servicio para escenario de práctica de nuevos programas en la Institución.	Un convenio Docencia Servicio	Estudio para nuevos convenios	Número de nuevos convenios adquiridos para el Hospital x 100 /Número total de convenios existentes en el momento en la institución	Documento de estudio de mercadeo.															Gestor de Docencia Servicio de la Institución	Subgerencia Asistencial	
			EJEN° 2 "Mejoramiento	Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos que nos permita alcanzar estándares superiores de	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.	10	Continuar con la certificación de los diferentes servicios de la Institución en el cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015 a través de solicitud de auditoría de seguimiento por parte de Icontec.	El alcance de la certificación de la ISO 9001: 2015, cuenta con 31 servicios.	Mantener los certificados de los servicios que actualmente se encuentran certificados.	Certificación de servicios bajo NTC ISO 900. 2015	Certificado de Icontec.														Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa
Ampliar el alcance de certificación incorporando los nuevos procesos que implemente el Hospital.	11	Lograr la certificación de un servicio que no se encuentre en el cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2015, en la Institución.				El alcance de la certificación de la ISO 9001: 2015, cuenta con 31 servicios.	Certificar proceso de Unidad Renal. En el cumplimiento de la norma ISO 9001: 2015	Certificación de servicios bajo NTC ISO 9001: 2015	Certificado de Icontec.														Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa			
Alinear el sistema de Gestión de la calidad conforme a los requisitos de la Norma ISO 7101:2023	12	Realizar autoevaluación conforme a los requisitos de la nueva ISO7101 de 2023 y definir plan de acción				Sin autoevaluación.	Plan de acción establecido	Número de Acciones cumplidas del plan de acción ISO7101*100/Números Acciones propuestas en el plan de acción ISO7101	Plan de acción															Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa		
Preparar al hospital en el sistema único de acreditación	Realizar una referenciación competitiva en instituciones acreditadas con condiciones similares a la nuestra.	13			Solicitar referenciación con un Hospital acreditado para promover el mejoramiento organizacional en experiencias exitosas, para su posterior adaptación y asimilación para la institución.	No hay línea de base establecida	Una solicitud, con efectividad en la referenciación.	Número de hospitales referenciados /Número de hospitales a los que se les solicitó referenciación	Fotografías/documento de referenciación.																Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa	
	Contratar firma asesora con experiencia en acreditación, que constituya un avance significativo para la postulación en la acreditación	14			Ejecutar un proceso de asesoría externa con experiencia que mejore la construcción de PAMEC	No hay línea de base establecida	Asesoría externa	Asesoría externa	Asesoría externa																Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa	
	Evaluar la efectividad del cumplimiento de las acciones y los planes de mejoramiento formulados en el PAMEC	15			Ejecutar ruta crítica de acreditación conforme al manual de acreditación Resolución 5095 de 2018	Hospital Departamental de Granada ESE, cuenta con 16 ciclos de la preparación para la acreditación.	Acciones propuestas en los PMCC cumplidas	Número de Acciones cumplidas en los PMCC *100/Números Acciones en los PMCC con enfoque en acreditación	PMCC ejecutados.																Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa	
		16			Establecer Planes de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMCC) para cada grupo de estándares, realizar seguimiento y evaluar efectividad a final de la vigencia	Hospital Departamental de Granada ESE, cuenta con 16 ciclos de la preparación para la acreditación.																		Asesora de Calidad	Subgerencia Administrativa		

Eje	Objetivo Estratégico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2025	LÍNEA DE BASE	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	Observaciones
Continuo con enfoque Humanización, Calidad y Acreditación"	calidad en salud que contribuyan al fortalecimiento del desempeño institucional y la mejora en la prestación de los servicios centrada en los usuarios.	Mejorar la gestión de Sistema de Gestión Integrado de gestión del Riesgo y sus Subistemas	Profundizar la gestión del Subsistema de Riesgo en Salud articulando los Programas de Seguridad del Paciente y el Programa de Prevención Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud y la Resistencia Antimicrobiana	17	Implementar un plan de choque que permita tener control sobre el aumento de infecciones intrahospitalarias para disminuir los riesgos de seguridad del paciente.	No hay plan de choque.	Cumplimiento del plan.	Porcentaje de cumplimiento del plan.	Documento del plan													Porfesional de Programa de infecciones	Subgerencia Asistencial	
			Realizar el control y el monitoreo de manera periódica de los riesgos clínicos identificados garantizando la madures del Sistema	18	Realizar seguimiento desde el área de planeación en conjunto con control interno y seguridad del paciente, sobre los controles aplicados en cada uno de los riesgos clínicos.	2 evaluaciones, sin medidas de mejoramiento	2 evaluaciones a la gestión institucional del riesgo, con implementación de acciones para el fortalecimiento del subprograma de riesgos de salud.	Seguimiento del 100% de los mapas de riesgos institucionales.	Informe de seguimiento de los riesgos institucionales.													Asesor de Control Interno	Gerencia	
			Realizar el seguimiento y control al Sistema de Gestión Integrado de gestión del Riesgo que permita evaluar la efectividad de los controles establecidos y el análisis de la materialización de los riesgos	19	Realizar seguimiento desde el área de planeación en conjunto con control interno y seguridad del paciente, sobre los controles aplicados en cada uno de los riesgos.	2 evaluaciones a la gestión institucional del riesgo, sin atender el fortalecimiento de controles.	2 evaluaciones con el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de controles.	Número de seguimientos realizados / Número de seguimientos programados.	Informe de seguimiento de los riesgos institucionales.													Asesor de Control Interno	Gerencia	
		Avanzar en el modelo integrado de planeación y gestión de la institución	Fortalecer la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, utilizando destrezas de trabajo en equipo, seguimiento y evaluación, para el mejoramiento de procesos administrativos y asistenciales, durante el periodo	20	Realizar plan de acción teniendo en cuenta el resultado del FURAG del año anterior.	Índice de desempeño institucional 2023 del 71,7%.	Índice de desempeño institucional 75%.	Número de actividades cumplidas por 100/ Número de actividades propuestas.	Plan de acción													Asesora Planeación. Responsables de implementación de políticas.	Subgerencia administrativa Asesor planeación	
			Ejecutar un programa de monitoreo por parte de planeación y oficina de calidad para mejorar las calificaciones del FURAG.	21	Presentar en Comité de Gestión y Desempeño, avances del programa de seguimiento de los resultado de FURAG	2 seguimientos semestrales.	4 Avances de seguimiento en comité de desempeño.	Resultados del FURAG comparativo por vigencias	Acta de Comité de Gestión y Desempeño													Asesora planeación/ Asesora calidad	subgerencia administrativa	
			Realizar seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno.	22	Presentar los informes periódicos de los seguimientos realizados a la Implementación de MIPG	2 informes sobre resultados Furag	Dos informes de seguimiento sobre el avance de la evaluación a través del comité y desempeño.	Número de seguimiento realizados / Número de seguimientos programados	Informe													Asesor de Control Interno	Gerencia	
EJE N° 3 "Gestión de los recursos dirigida a la sostenibilidad para un Hospital Consolidado"	Ø Realizar una gestión eficiente de los recursos que permita llegar a la sostenibilidad financiera que conlleve a la prestación de los servicios de salud garantizando las condiciones de calidad, seguridad y competitividad en el Hospital.	Disminuir el déficit presupuestal del Hospital Departamental de Granada E.S.E.	Diseñar un plan financiero que incluya las acciones que permitan contener el gasto y los costos en el hospital.	23	Diseñar un plan en donde se tomen medidas tendientes a mejorar el ingreso, en la calidad de la facturación, radicación, glosas y mayor gestión de recaudo. Igualmente continuar con la racionalización de los gastos y los costos.	No hay plan.	80% del cumplimiento de las actividades programadas en el plan.	Recaudos / compromiso.	Informe del codfis													Líder de costos, Líder presupuesto, revisor fiscal	Subgerencia Administrativo.	
			Realizar la evaluación de la ejecución los procesos facturación desde el inicio de la atención por medio del registro clínico adecuándolo de tal forma que permita mejorar la calidad de la facturación.	24	Realizar reuniones bimensual con el cuerpo medico y personal asistencial retroalimentando las causas de glosas	No se han realizando reuniones.	6 Reuniones al año.	Porcentaje de glosa vigencia anterior vs Porcentaje de glosas periodo actual	Informe indicadores Acta de comité de gerencia													Gestor de glosas	Subgerente Atención al Usuario	
				25	Realizar la revisión que las actividades incluidas en los procesos y procedimientos de facturación se encuentran acordes con la normatividad vigente, y los requerimientos de las EAPB ajustándolos de ser necesario	Proceso documentado	Proceso actualizado según la norma vigente	Proceso actualizado según la norma vigente	Proceso actualizado según la norma vigente													Gestor de facturación	Subgerente Atención al Usuario.	
			Realizar la retroalimentación de los hallazgos de la auditoria concurrente y los motivos de glosas con responsables, para generar los respectivos planes de mejoramiento.	26	Realizar un plan de mejora sobre los motivos de glosas recibidas por cada periodo	No hay línea de base establecida	Ejecutar el 100% de la actividades de los planes de mejora	Actividades ejecutadas x100/ actividades programadas.	Plan de Mejora													Gestor de glosas	Subgerencia Atención al Usuario	
			Evaluar los costos y la utilidad de los procesos en el hospital para una toma oportuna de decisiones para hacer más productivos los servicios.	27	Presentar en el comité de costos un informe de los indicadores con su respectivo análisis, causa y acciones de mejora por cada unidad funcional y área administrativa.	Informes trimestral	4 informes trimestrales.	Porcentaje de crecimiento del Ingreso Versus porcentaje de crecimiento del gasto y costos.	Informe de comité													Porfesional costos	Subgerencia Administrativo.	
		Incrementar la facturación por servicios de salud ofertados	Realizar acciones que mejoren y amplíen la contratación el portafolio de servicios con las EPS del régimen subsidiado y contributivo de la región.	28	Incluir los nuevos servicios habilitados en los contratos suscritos con las EPS dentro de los dos meses siguientes al inicio de la operación	Nuevos servicios no incluidos en la contratación.	80% de los contratos actualizados, con los nuevos servicios habilitados.	Numero de contratos Actualizados	Matriz de contratación													Gestor Comercial	Subgerencia Atención al Usuario	
			Realizar un proceso de evaluación y ajuste a las tarifas de nuestra contratación con las EPS, para hacerlas más competitivas teniendo en cuenta los análisis de costos que se realiza en el Hospital	29	Realizar un diagnóstico en el cual se analicen los diferentes factores que afectan la utilidad en los contratos celebrados con las EPS que permita proponer los planes de mejora	No hay diagnóstico	90% de los contratos con diagnóstico.	Numero de diagnosticos entregados	Diagnósticos entregados por cada EAPB													Gestor Comercial Profesional de Costos	Subgerencia Atención al Usuario	
			Implementar acciones que permitan asegurar la facturación de la totalidad de los servicios prestados en el Hospital con la oportunidad que aumente el flujo de recursos.	30	Hacer seguimiento a la radicación de la facturación versus radicado.	Existe indicador mensual de seguimiento en cumplimiento del 90%	Mantener la meta del 90% de la revisión de la facturación radicada.	Facturación revisada radicada x 100 / Total de facturación radicada	Informe de seguimiento.													Gestor de Facturacion	Subgerencia Atención al Usuario	
			Realizar las actividades que permitan el fortalecimiento de los procesos de facturación, cartera, auditoria y glosas.	31	Formular tableros de control dentro de cada uno de los procesos para identificar de manera oportuna la desviación que afecte el logro de los objetivos instituciones	No hay tableros de control.	4 tableros de control	Tableros implementados	Tableros implementados y su manual													Gestor de Facturación Gestor de Glosas Profesional de Cartera	Subgerencia Atención al Usuario	
			Implementar acciones de cobro prejurídicos y jurídicos que disminuyan el porcentaje de participación en la cartera de mayor a 180 días.	32	Iniciar el cobro pre jurídico de las facturas no canceladas mayor a 180 días siguientes a su radicación, teniendo en cuenta lo aprobado en el comité de conciliaciones y con visto bueno de la gerencia.	No hay línea de base establecida	El 100% de lo establecido en el comité de conciliaciones.	Valor de la cartera entrega a cobro pre-jurídico x 100 / Total cartera con edad superior a 180 días	Cobros prejuridicos iniciados													Profesional de Cartera	Subgerencia Atención al Usuario	
				33	Iniciar el cobro jurídico de las facturas no canceladas dentro de los 360 días siguientes a su radicación.	No hay línea de base establecida	Iniciar el cobro de 100% de facturas con edad superior a 360 días	Facturas con cobro juridico / Facturas que ingresaron a la edad superior a 360 días	Cobros juridicos iniciados													Profesional de Cartera Abogado	Subgerencia Atención al Usuario	

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2025	LÍNEA DE BASE	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	Observaciones		
			Ejecutar las acciones que permitan fortalecer la gestión en el recaudo de cartera corriente del hospital	34	Realizar circularización de la cartera de manera trimestral, mediante derechos de petición.	3 Circularizaciones al año.	4 circularizaciones de cartera trimestral.	Valor de la cartera circularizada x 100 / Total cartera corriente.	Derechos de petición enviados													Profesional de Cartera	Subgerencia Atención al Usuario			
		Ampliar la capacidad Instalada y la infraestructura física del hospital.	Realizar estudios técnicos de sostenibilidad financiera y administrativa para la apertura y/o ampliación de servicios que permitan establecer las oportunidades más rentables para la institución.	35	Realizar un estudio de sostenibilidad financiera para el servicio de imágenes diagnosticas incluyendo el ingreso de los nuevos equipos de dotación	No hay línea de base establecida	Un Estudio	Estudio de sostenibilidad	Estudio financiero														Profesional Especializado de Proyectos	Subgerente Administrativo		
			Realizar un estudio de sostenibilidad financiera para el servicio de hemodinamia incluyendo el ingreso de los nuevos equipos de dotación	36	No hay línea de base establecida	Un Estudio	Estudio de sostenibilidad	Estudio financiero															Profesional Especializado de Proyectos	Subgerente Administrativo		
			Presentar proyectos a diferentes entidades para la consecución de recursos que permitan hacer las inversiones necesarias para la apertura los servicios que sean priorizados.	37	Formular un proyecto para la Adquisición de la Unidad Móvil Para Medicina Especializada. Extramural Del Hospital Departamental De Granada E.S.E.	Proyecto formulado	Proyecto Presentado	Proyecto Presentado	Proyecto Presentado															Profesional Especializado de Proyectos	Subgerente Administrativo	
				38	Ajustar y actualizar el proyecto denominado "Adecuación Ampliación Remodelación y Mejoramiento de la Capacidad Instalada del Hospital Departamental de Granada – Meta"	Proyecto formulado	Proyecto ajustado a los requerimientos del ministerio	Proyecto Presentado	Proyecto formulado															Profesional Especializado de Proyectos	Subgerente Administrativo	
		Disminución de los demandas y procesos jurídicos en contra del Hospital	Fortalecer la defensa jurídica del hospital con la formulación y actualización de los procesos y procedimientos requeridos para una adecuada gestión jurídica.	39	Actualizar los procedimientos aplicando los lineamientos de gestión y desempeño de defensa judicial, de la gestión jurídica estableciendo los momentos en los cuales se deben realizar los impulsos jurídicos que permitan el avance de las demandas para que el resultado sea a favor del Hospital	Procedimiento documentado	Procedimiento Actualizado	Procedimiento Actualizado	Procedimiento aprobado en calidad															Abogados Asesor Jurídico	Subgerente Administrativo	
			Socializar todas las demandas en contra del hospital con los responsables de las áreas para que se inicien las acciones de mejoramiento requeridas que permitan evitar la repetición de los motivos generadores.	40	Realizar una reunión trimestral donde se socializan las demandas en contra del hospital y se establecen planes de mejora desde las áreas involucradas	No hay línea de base establecida	4 reuniones	Numero de reuniones realizadas	Actasd e reunion y planes de mejora															Abogados Asesor Juridico	Subgerente Administrativo	
		EJE N°4 "Transformación cultural, talento Humano como ventaja competitiva de la Institución"	Transformar la cultura organizacional implementando estrategias tendientes a fortalecer el crecimiento personal y laboral del talento humano que propenda por el desarrollo integral y la satisfacción de los colaboradores en el cumplimiento de los propósitos organizacionales	Promover el cambio en la cultura organizacional del Hospital	Diseñar e implementar la estrategia pedagógica de transformación cultural enfocada en el crecimiento personal de los colaboradores	41	Realizar encuesta institucional, frente a la percepción del personal tanto asistencial, como administrativa frente a la transformación cultural.	No hay línea de base establecida	Encuesta de medición sobre percepción del personal asistencial frente a la transformación cultural institucional.	Número de personal encuestado x 100 / Número de personal convocado.	Aplicación de la encuesta.													Gestor de talento humano	Subgerencia Administrativa	
Establecer acciones de mejora resultantes de las inspecciones desarrolladas por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo que redunden en el aumento del Bienestar de los colaboradores.	42				Realizar inspecciones periódicas por parte de la [profesional de seguridad y salud en el trabajo de la institución con el ánimo de intervenir directamente en la mejora del bienestar de los colaboradores.	No hay línea de base establecida	4 Inspecciones por parte de seguridad y salud en el trabajo.	Número de inspecciones ejecutadas x 100 / Número de inspecciones programadas	Informe de las supervisiones realizadas.													Profesional de seguridad y salud en el trabajo	Subgerencia Administrativa			
Mejorar las relaciones interpersonales y colegaje entre todos colaboradores mediante el desarrollo de actividades integración y capacitaciones en las cuales se incluyan los temas de comunicación asertiva y atención al cliente para los colaboradores del hospital.	43				Realizar actividad lúdica al aire libre en donde los colaboradores puedan interactuar con la naturaleza y con sus compañeros, con el ánimo de fortalecer relaciones interpersonales.	Se ha realizado una al año.	Intervenir al 80% del personal de la instición.	Número de personal intervenido en la actividad x 100/ Total personal institucional.	Fotografías, Registro de asistencia e informe.														Gestor de talento humano	Subgerencia Administrativa		
Disminución de la rotación del personal asistencial que desarrolla actividades en la institución	Formular una estrategia de capacitación que fortalezcan las capacidades personales de los colaboradores frente a los nuevos retos por la ampliación de los servicios del Hospital			44	Realizar capacitación por cada unidad funcional con un motivador para generar conciencia de los nuevos retos a los que se enfrenta el personal asistencial con la ampliación de nuevos servicios en la institución.	No hay línea de base establecida	Capacitar al 80% del personal de la institución.	Número de personal intervenido en la actividad x 100/ Total personal institucional.	Fotografías, Registro de asistencia e informe.															Gestor de talento humano	Subgerencia Administrativa	
	Evaluar los motivos del retiro de los colaboradores del hospital e implementar acciones que disminuyan la insatisfacción resultante.			45	Realizar encuesta al trabajador que se retira de la institución para identificar la causal del mismo y realizar plan de mejoramiento.	No hay línea de base establecida	Encuestar al 90% de los trabajadores retirados.	Cantidad de personal desvinculado x 100 / cantidad de personal encuestado	Encuesta de retiro, link o QR															Gestor talento humano	Subgerente Administrativo	
	Fortalecer los programas de bienestar e incentivos institucionales de tal manera que estén incluidos todos los colaboradores del hospital.			46	Conformar el comité de bienestar e incentivos de la institución, con el ánimo de realizar acitvades periódicas de incentivo al personal asistencial y administrativo en articulación con los operadores externos.	No se tiene coformado comité de bienestar e incentivos.	Conformar el comité de bienestar e incentivos para el cumplimiento del 90% de las actividades programadas.	Número de actividades ejecutadas x 100 /Número de actividades programadas.	Acto administrativo, actas de comité.															Gestor talento humano	Subgerente Administrativo	
				47	Actualizar el cronograma de bienestar e incentivos en articulación con el comité de bienestar institucional.	Plan de bienestar e incentivos y cronograma.	Cumplimiento del 90% de las actividades programadas	Número de actividades ejecutadas x 100 /Número de actividades programadas.	Informe de actividades de bienestar institucional.																Gestor talento humano	Subgerente Administrativo
Aumento de la confianza de los	Análisis de fallas en la atención humanizada, con el ánimo de detectar, analizar y prevenir situaciones relacionadas con las fallas en la atención humanizada mensualmente 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.			48	En comité de calidad, la líder de proceso de SIAU, presentará las PQRSF, relacionadas con humanización y en equipo con las gestoras de cada unidad funcional y demás líderes de procesos se establecen y presentan acciones de mejoramiento.	2 comités de calidad con Gestión de PQRSF.	Gestión de las PQRSF en humanización, con cumplimiento del 90%.	PQRSF gestionadas x 100/ Total de PQRSF presentadas.	Actas de comité															Gestor de SIAU	Subgerente Atención al Usuario	

Eje	Objetivo Estrategico	Meta Plan de Desarrollo	Estrategia Institucional Plan de Desarrollo	No.	ACTIVIDADES 2025	LÍNEA DE BASE	META	INDICADOR DE CUMPLIMIENTO	SOPORTE / EVIDENCIA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Ejecutor	Responsable	Observaciones
		ciudadanos en los servicios del del Hospital cambiando la percepción que se tiene de la institución	Establecer procesos que permitan mejorar la comunicación de los colaboradores para que la información a entregar a los usuarios y sus familias sea clara y efectiva.	49	Realizar una campaña educativa trimestral sobre el trato de calidad y humanizado al personal del Hospital Departamental de Granada.	No hay linea de base	4 campañas en el año.	Campañas realizadas en la institución	Fotografías, Formatos de firmas													Gestor de SIAU	Subgerente Atención al Usuario	
			Atendiendo los resultados de la satisfacción de los usuarios en especial las no conformidades expresadas por pacientes y sus familias, formular las acciones de mejora que permitan subsanarlas	50	Realizar seguimiento mensual, a través del indicador de PQRSF y análisis del indicador de satisfacción determinando acciones correctivas cuando se presente desviaciones en la meta establecida.	92% Satisfacción 100% Gestión PQRSF	95 % Satisfacción 100% Gestión PQRSF	1. # Usuarios satisfechos x100 / # Usuarios encuestados 2. # PQRSF gestionadas x 100 / # PQRSF presentadas	Ficha de indicadores													Gestor de SIAU	Subgerente Atención al Usuario	
		Promover la política de participación Social incentivado la participación de las comunidades, las asociaciones de usuarios y otras formas de asociativas para el mejoramiento continuo de nuestros procesos.	Capacitar a los líderes de las asociaciones y a la ciudadanía frente a los procesos de participación establecidos en el hospital.	51	Capacitar a los lideres de las asociaciones sobre el microstio de la pagina web del Hospital.	No hay linea de base	Capacitar al 90% de los lideres de las asociaciones.	Número de personal capacitado x 100 / Número de lideres de las asociaciones.	Diapositivas, registro de asistencia, actas.													Gestora de SIAU	Subgerente Atención al Usuario	
			Generar espacios que permitan la interacción con los grupos de interés para la prestación de servicios de nuestra institución.	52	Continuar con la estrategia educativa y de sensibilización para con el usuario y su familia en el Hospital Departamental de Granada ESE.	No hay linea de base	Intervenir al 70% del usuario de la instición convocados	Número de personas educadas y sensibilizadas x 100 / Número de usuarios convocados que egresan de la institución.	Fotografías, registro de asistencia, actas.													Gestora de SIAU	Subgerente Atención al Usuario	
EJE N°5 "Hospital Resiliente frente al Cambio Climático. Se adapta y se fortalece."	Realizar las actividades que permitan convertir al Hospital Departamental de Granada en un "Hospital Resiliente" frente al cambio climático.	Identificar los factores de riesgo y amenaza que tienen el hospital debido al cambio climático	Realizar un estudio que permita identificar los factores de riesgo y amenazas presentes en el Hospital debido al cambio climático	53	Realizar diagnóstico de vulnerabilidad, en donde identifique la capacidad del hospital para resistir y recuperarse de los impactos del cambio climático, como inundaciones, y calor extremo.	No hay linea de base	Diagnóstico realizado	Diagnóstico realizado	Documento de diagnóstico de vulnerabilidad.													Ingeniera ambiental	Subgrente Administrativo	
			Diseñar un plan que le permita al hospital evaluar su índice de seguridad hospitalaria que incluya las acciones para convertirnos en un Hospital Seguro frente a los desastres	54	Actualizar y socializar el plan de emergencias y desastres del Hospital Departamental de Granada	Existe el documento de plan de emergencia y desastres.	Actualización y socialización del documento.	Actualización y socialización del documento.	Documento de Plan de emergencias y desastres del Hospital-													Profesional de seguridad y salud en el trabajo.	Subgrente Administrativo	
		Uso eficiente de los servicios públicos con la disminución del gasto	Implementar acciones que permitan optimizar el consumo de servicios públicos mediante el uso de nuevas tecnologías	55	Instalar valvulas ahorradoras de agua al momento de hacer reposicion de elementos.	No hay linea de base	Que el 100% de válvulas dañadas, se cambiarán por válvulas ahorradoras.	Cantidad de válvulas ahorradoras cambiadas x 100 / Cantidad de válvulas dañadas	Fotografia													Ingeniera ambiental/ Ingeniero Infraestructura	Subgrente Administrativo	
			Realizar cambio de bombillos de energia tradicionales, por focos de energía luz LED.	56	Realizar cambio de bombillos de energia tradicionales, por focos de energía luz LED.	50% de los focos de energia son luz LED.	Cambiar el 80% de los focos de luz tradicional de la institución para luz LED	El 80% de los focos de energia de la instición en luz LED	Fotografias													Ingeniera ambiental/ Ingeniero Infraestructura	Subgrente Administrativo	
		Diversificar las fuentes de energía que utiliza el Hospital	Realizar el control del consumo se servicios públicos mediante indicadores por unidad funcional y formular las acciones de mejora correspondientes.	57	Desarrollar campaña de sensibilización sobre el uso racional de la luz en todos los servicios desde el área de la gestión ambiental	No hay linea de base	Sensibilizar el 90 % del personal de la institución.	Personal sensibilizado x 100/ Personal de la institución.	Fotografias / firma de asistencia													Ingeniera ambiental/ Ingeniero Infraestructua	Subgrente Administrativo	
			Formular proyectos para el cambio de las fuentes de energia diferentes a las que el hospital maneja en la actualidad.	58	Formular proyectos para solicitar paneles solares para reducir la dependencia de la energía fosil.	No hay linea de base	Proyecto presentado.	Número de proyectos formulados x 100 / Número de proyectos aprobados.	Proyecto presentado.													Ingeniera ambiental/ Planeación	Subgrente Administrativo	
			Incluir dentro de los procesos de adquisiciones equipos que manejen nuevas tecnologías de alimentación y uso eficiente de energía	69	Solicitar que dentro de los requisitos de contratacion en la adquisición de equipos, estos tengan en las especificaciones técnicas los estandares de eficiencia energética.	No hay linea de base	Adquisición de equipos en cumplimiento de requisito de eficiencia energética un 80%	Número de equipos con eficiencia energética x 100/ Número de equipos que ingresan a la institución.	Equipos con eficiencia energética.													Subgrente Administrativo / Ingeniero Biomedico, I	Subgrente Administrativo	

FECHA;

Realizó:

Asesora planeación: 
Yulieth Peña Ibarra

Revisó:

Subgerente Administrativo: 
Subgerente Asistencial: 
Subgerente de Atencion al Usuario: 
Luis Enrique Barón


Aprobó: Gerencia:
Yeny Yasmin Romero Morales

NOTA: Aprobado por la Junta Directiva del Hospital Departamental de Granada E.S.E., mediante Acuerdo N°305 del 24 de enero del 2025.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS: 59 TOTAL