HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	1	Realizar mesa de trabajo por unidad funcional con la oficina de SIH para depurar los indicadores y actualizar la informacion contenida en la ficha tecnica de los mismos.	Listado de Indicadores actualizada con la oficina de SIH	Listado de indicadores de cada unidad funcional actualizados con SIH	1/01/2019	30/06/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	2	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Servicios Ambulatorios, segùn la periodicidad establecida de acuerdo a los procesos, Oportunidad, Continuidad , Plan de Desarrollo y Politica de IAMI, Servicio Transfusional y de Prestacion de servicios.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12 actas de autocontrol con analisis de indicadores.	1/01/2019	30/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Definir los indicadores y estándares de oportunidad, medición, análisis y definición de acciones de mejora.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios, de respuesta hospitalaria con los que cuenta y de los tiempos de espera en los diferentes momentos de acceso a los servicios administrativos y asistenciales, medirlos, analizarlos y plantear acciones de mejora en las desviaciones identificadas.	Analizar el comportamiento de los indicadores de oportunidad para los servicios ambulatorios identificando desviaciones no deseadas. Tomar correctivos frente a las desviaciones.	Acciones de mejora planteadas en la herramienta de mejoramiento derivadas del análisis de los indicadores de oportunidad en servicios ambulatorios desviados.	3	Realizar plan de mejoramiento según desviaciones encontradas. Verificar que se encuentre dentro de estas mediciones: toma y entrega de resultados de laboratorio, toma y entrega de imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados.	Plan de mejora elaborado en el formato indicado y la evidencia de su seguimiento, el cual debe ser remitido en forma mensual a SIH. Este plan de mejora debe ir anexo a la ficha del indicador.	Plan de mejoramiento elaborado y en ejecucion de los indicadores que requieran del mismo según resultados obtenidos en la medicion realizada.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Identificar, actualizar o crear procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario, según exigencias de los estándares de Acreditación.	Procesos y procedimientos asistenciales actualizados o creados	4	Disponer de procesos actualizados en cada unidad funcional de acuerdo con la nueva metodología. (Consulta externa, Endoscopia neumología y cardiología no invasiva, Patología incluyendo el Manual de Calidad y sus indicadores, Neurofisiologia, Laboratorio clínico, Rehabilitación).	100% de procesos actualizados en cada unidad funcional, avalados con el Acta de Aprobacion de Planeacion. Actividad que depende de el cronograma de la oficina de Planeacion.	Las nueve (9) Unidades funcionales de servicios ambulatorios con procesos actualizados de acuerdo a la nueva metodologia.	1/02/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	5	Realizar la socialización de los procesos y procedimientos, remitir el acta correspondiente a la Oficina de Planeación.	Evidencia de la socialización de procesos y procedimientos, realizar acta exclusiva para esta actividad, donde se incluyan las firmas a continuacion de la misma, dando cumplimiento al formato de acta institucional.	Las nueve (9) Unidades funcionales de servicios ambulatorios con procesos socializados a su interior soportados en el acta correspondiente remitida a Planeacion.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	6	Realizar seguimiento a los compromisos de los planes de mejora del indicador de Oportunidad en la prestacion de servicio, según resultado del indicador.	Acta de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad.	12 actas de autocontrol y mejoramiento.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Informar a cada una de la unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	Evidencias de información a cada una de las Unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	7	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento. Es una actividad que depende de la oficina de Costos, quien es la que generara el informe, las unidades si estan relacionadas en el informe dando perdidas, pues realizaran el analisis con acompañamiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis realizado al informe generado por la Oficina de Costos, el cual ha sido revisado previamente con un designado de la oficina de Costos, quien es la persona que facilita la informacion y herramientas necesarias para entender lo plasmado en el mismo, de esta manera tomar las medidas concernientes al respecto.	12 actas de autocontrol y mejoramiento con analisis del Informe de Costos, teniendo en cuenta la realizacion previa de reunion con un colaborador de Costos.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Certificación del Hospital en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)	Lograr por parte del INVIMA, la certificación del hospital en BPC, lo anterior con el fin de poder desarrollar ensayos clínicos en seres humanos, en el marco de las exigencias de Hospital Universitario	Realizar las Autoevaluaciones necesarias y los ajustes respectivos para cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 2378 de 2008 o normativa vigente.	Autoevaluaciones de seguimiento realizadas y ciclos de mejora cerrados	8	Ejecucion y seguimiento del cronograma de trabajo para dar cumplimiento a la resolucion 2378 del 2008.	Actas de seguimiento de acuerdo a la peridicidad establecida en el cronograma de trabajo.	Dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en el cronograma de trabajo establecido para lograr la certificacion en BPC.	1/03/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	9	Identificar los procedimientos que se llevan a cabo en servicios ambulatorios y que requieren de ser instruidos a los pacientes.	Listado de folletos educativos al paciente y su familia de todos los procedimeintos realizados en Servicios Ambulatorios.	Folletos educativos elaborados para cada uno de los procedimeintos realizados en servicios ambulatorios.	1/03/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	10	Análizar el informe de Satisfacción y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol, donde se verifique la pertinencia de la queja teniendo en cuenta que cuando se trate de PQRF a las cuales se les pueda dar solución o respuesta inmediata por la oficina de SIAU, estas serán reenviadas a SIAU, conforme lo indica el proceso de Gestión y tramite de PQRS. El resultado de este análisis se consigna en el acta de	Analisis del informe de PQRSF consignado en el acta de autocontrol.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	11	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados del Informe de PQR, luego de la correlacion con el informe interno del servicio de ambulatorios.	Plan de mejoramiento deriviado del informe de PQR de acuerdo al analisis interno realizado.	Cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento realizados.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	12	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y Actas de autocontrol y Mejoramiento donde se haga referencia al resultado obtenido.	9 actas de autocontrol- Formato excel diligenciado.	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	13	Diseñar y divulgar 3 estrategias por Unidad que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Evidencias de la socializacion de las 3 estrategias diseñadas por la unidad, que permitan desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios apuntandole al autocuidado y su recuperacion.	3 estrategias socializadas por unidad funcional.	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	14	Actualizar y socializar las matrices de riesgo de los procesos a cargo de la unidad, de acuerdo a la metodologia Institucional de Administración de gestión del riesgo.	Evidencias de la actualización o socialización, de las matrices de riesgo por proceso de acuerdo al cronograma de Planeacion para esta actividad.	Matrices de riesgos actualizadas.	1/02/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	15	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Seguimiento a la matriz de riesgo de acuerdo a la periodicidad identificada.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	16	Analisis y plan de mejora de los sucesos de seguridad del paciente presentados en el servicio y reportados según ocurrencia.	Plan de mejora mensual de los analisis de sucesos de seguridad ocurridos en el servicio registrados en la HERRAMIENTA DE ANALISIS	En el acta de autocontrol del servicio se realiza el registro correspondiente a sucesos de seguridad presentados y los planes de mejoramiento generados con su respectivo seguimiento.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	17	Socializar la Politica IAMI y la Politica de Medicina Transfusional al cliente externo a traves del Notiusuarios y redes sociales. Al cliente interno a traves de Notihospital y visitas personalizadas a los diferentes servicios, llevando este registro en las actas comité de Autocontrol.	Evidencias de socialización asi; 1 - Remision de la informacion a la oficina de Mercadeo para publicacion en Notihospital y el Notiusuario. 2 - Solicitud y remision de informacion a la oficina de Mercadeo para publicar en redes sociales y en medios audivisuales. 3- Evidencias fotograficas y listados de asistencia de la socializacion realizada en las oficinas de la institucion.	50% de las Unidades Funcionales con socializacion de las politicas a cargo, de acuerdo a la estructura de costos 2017.	1/04/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	18	Realizar seguimiento a los indicadores contenidos la Politica IAMI y la Politica de Medicina Transfusional y generar informe anual de cumplimiento de la politica correspondiente vigencia del 2017.	Evidencias de seguimiento en las fichas técnias de los indicadores de la politica e informe anual de cumplimiento.	1 por politica. (2)	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	19	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	20	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	21	Ejecutar las acciones de mejora de los estandares priorizados resultantes de la autoevaluación de Acreditación.	Evidencia de las actividades ejecutadas según el plan de mejora de los estandares priorizados que le apliquen a servicios ambulatorios.	50% de las acciones de mejora ejecutadas.	1/03/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	22	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual, evidenciado a traves de la bandeja de salida del software de gestion documental	Las 9 unidades de servicios ambulatorios demostrando uso del sofware de gestion documental.	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS AMBULATORIOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Adecuación de la infraestructura física y fortalecimiento de los procesos para fortalecer el control de infecciones	Mejorar las condiciones de la infraestructura física orientados a garantizar áreas para aislamientos de pacientes; al igual que fortalecer los procesos enfocados al control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	Fortalecer e implementar los procesos de limpieza y desinfección de las áreas críticas, con el fin de garantizar ambientes limpios y seguros	Procesos de limpieza y desinfección documentados e implementados	23	Socializar trimestralmente el manual de Limpieza, Aseo y Desinfección a las Operarias del aseo.	Evidencias de cuatro (4) socializaciones del Manual de limpieza y desinfección socializados.	4	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Adecuación de la infraestructura física y fortalecimiento de los procesos para fortalecer el control de infecciones	Mejorar las condiciones de la infraestructura física orientados a garantizar áreas para aislamientos de pacientes; al igual que fortalecer los procesos enfocados al control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	Fortalecer e implementar los procesos de limpieza y desinfección de las áreas críticas, con el fin de garantizar ambientes limpios y seguros	Procesos de limpieza y desinfección documentados e implementados	24	Evaluar semestralmente a las operarias de Aseo sobre conocimiento del manual de limpieza y desinfección.	Evidencia de las dos (2) evaluación realizada al personal encargo de la limpieza, aseo y desinfección con nota minimo de 4.0	2	1/06/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Establecer e Implementar estrategias para mejorar la seguridad del ambiente físico en el personal.	Estrategias implementadas	25	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades de sus grupos de interes, según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y reporte en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	1/12/2019	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	26	Elaborar y Ejecutar cronograma para realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo.	Cronograma eleaborado y Ejecutado.	Según cronograma	1/02/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Plan de Mejoramiento	27	Establecer Plan de Mejora con las actividades para realizar producto de las rondas de seguridad de orden limpieza y aseo.	Acta de Comité de Ambiente físico donde se establece los Planes de Mejora resultado de las rondas de Seguridad de orden limpieza y aseo.	Según Plan de Mejora	1/02/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de infraestructura e instalaciones físicas	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo de la infraestructura e instalaciones físicas	Evaluación del cumplimiento del Plan de mantenimiento.	Informe de cumplimiento del plan de mantenimiento	28	Realizar un Informe de ejecucion del Plan de Mantenimiento vigencia anterior (2018)	Informe Anual de ejecucion del Plan de Mantenimiento vigencia anterior (2018) enviado a la Gerencia	1	1/01/2019	31/01/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de infraestructura e instalaciones físicas	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo de la infraestructura e instalaciones físicas	Formulación del Plan Anual de mantenimiento de acuerdo las necesidades detectadas.	Plan de Mantenimiento hospitalario elaborado.	29	Elaborar el Plan de Mantenimiento Hospitalario para la vigencia 2019.	Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2019.	1	1/01/2019	31/01/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de infraestructura e instalaciones físicas	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo de la infraestructura e instalaciones físicas	Formulación del Plan Anual de mantenimiento de acuerdo las necesidades detectadas.	Plan de Mantenimiento hospitalario elaborado.	30	Remitir el Plan de Mantenimiento de la vigencia a la Secretaria de Salud Departamental y publicarlo en pagina web institucional.	Evidencia del reporte del Plan de Mantenimiento a la Secretaria de salud Departamental y de publicación en pagina web.	1	1/01/2019	31/01/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de infraestructura e instalaciones físicas	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo de la infraestructura e instalaciones físicas	Ejecución del Plan de mantenimiento según cronograma establecido.	Plan de mantenimiento ejecutado.	31	Liderar la Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo.	Plan de mantenimiento ejecutado en un 90%.	90%	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de infraestructura e instalaciones físicas	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo de la infraestructura e instalaciones físicas	Ejecución del Plan de mantenimiento según cronograma establecido.	Plan de mantenimiento ejecutado.	32	Realizar de manera mensual seguimiento a la ejecución del Plan de Mantenimiento preventivo.	Evidencia del seguimiento mensual a la ejecución del Plan de mantenimiento preventivo en las actas de autocontrol	12	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las estrategias de vigilancia y seguridad	Imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para	Implementar el Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el mismo por todos los trabajadores y usuarios de la Institución	Manual implementado y evaluado	33	Socializar cada tres meses el manual de Vigilancia y seguridad y el Manual de Identificación y prevención de perdida de pacientes	Evidencias de cuatro (4) socializaciones del Manual de Vigilancia y seguridad y el Manual de Identificación y prevención de perdida de pacientes	4	1/02/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las estrategias de vigilancia y seguridad	Imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para	Implementar el Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el mismo por todos los trabajadores y usuarios de la Institución	Manual implementado y evaluado	34	Evaluar semestralmente al personal de vigilancia sobre el manual de Vigilancia y seguridad y el Manual de Identificación y prevención de perdida de pacientes	Evidencia de las dos (2) evaluaciones realizadas al personal encargado de la vigilancia y seguridad con nota minimo de 4.0.	2	1/06/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer las estrategias de vigilancia y seguridad	Imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para	Implementar el Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios y vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en el mismo por todos los trabajadores y usuarios de la Institución	Manual implementado y evaluado	35	Socializar cada tres meses, los incidentes de perdida de pacientes(fugas e intentos de fuga) en reunion del equipo de mejoramiento del ambiente fisico y realizar acciones de mejora, si aplica.	Actas de comité de las cuatro (4) socializaciones y sus acciones de mejora realizadas a los incidentes de perdida de pacientes(fugas e intentos de fuga) en reunion del equipo de mejoramiento del ambiente fisico.	4	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente asociados al ambiente físico.	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad asociados al ambiente físico, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos, con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación	Identificación de riesgos relacionados con la seguridad del ambiente físico	Riesgos identificados y relacionados con el ambiente físico	36	Realizar consolidado de los eventos reportados por la oficina de garantía de calidad asociados al ambiente físico.	Consolidado de eventos identificados relacionados con el ambiente físico.	1	1/02/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	37	Actualizar el consolidado de los reportes de información y/o Informes institucionales de obligatorio cumplimiento con destino a las entidades de Inspección vigilancia y Control durante la vigencia.	Evidencia del consolidado actualizado de los reportes de información y/o Informes de obligatorio cumplimiento.	1	1/01/2019	31/01/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	38	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Unidad funcional con destino a las entidades de Inspección vigilancia y Control durante la vigencia.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Unidad Funcional.	13	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	39	Realizar la medición de los indicadores de Recursos Fisicos, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores a cargo Recursos fisicos en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la socializacion revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	40	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión de documentos del SGC en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	1	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	41	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y realizar Acciones de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y de las acciones de mejora realizadas, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	42	Ejecutar las acciones de mejora relacionadas con el ambiente físico informadas y generadas por la oficina de Calidad sobre la ocurrencia de sucesos de seguridad del paciente.	Evidencias de la ejecución de las acciones de mejora generadas del informe de sucesos de seguridad reportados por la oficina de Calidad	Según acciones formuladas	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	43	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	RECURSOS FISICOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	44	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	45	Participar en la autoevaluacion de los estandares de ambiente fisico y ejecutar las actividades de los planes de mejora resultantes de la autoevaluación.	Listado de asistencia a la autoevaluacion y evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora	Según Plan de Mejora	1/02/2019	31/12/2019	RECURSOS FISICOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Ajustar y divulgar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ajustado de acuerdo a la normatividad vigente. Política de Seguridad y Salud en el trabajo ajustada y divulgada.	46	Ajustar y aprobar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente a traves del comite de COPASST.	Sistema aprobado	1	1/03/2019	1/05/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Ajustar y divulgar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ajustado de acuerdo a la normatividad vigente. Política de Seguridad y Salud en el trabajo ajustada y divulgada.	47	Realizar la divulgación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente a travez de la pagina web, correo institucional y Notihospital.	Soporte de la divulgación	1	1/03/2019	31/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Ajustar y divulgar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ajustado de acuerdo a la normatividad vigente. Política de Seguridad y Salud en el trabajo ajustada y divulgada.	48	Elaborar y aprobar el Plan de Trabajo anual respecto al Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.	Plan de Trabajo anual Elaborado y Aprobado	1	1/01/2019	28/02/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Ajustar y divulgar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo ajustado de acuerdo a la normatividad vigente. Política de Seguridad y Salud en el trabajo ajustada y divulgada.	49	Ejecutar el Plan de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.	Plan de Trabajo ejecutado	Según Plan de Trabajo	1/01/2019	28/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Realizar diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores con el fin de fomentar la promoción estilos de vida y la prevención de enfermedades laborales.	Diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores.	50	Solicitar a los supervisores de los contratos con los terceros, los informes de resultados de las valoraciones medico ocupacionales con el fin de ser incluidas en el diagnòstico de condiciones de salud institucional.	Solicitudes realizadas.	1	1/04/2019	29/06/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Realizar diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores con el fin de fomentar la promoción estilos de vida y la prevención de enfermedades laborales.	Diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores.	51	Consolidación de la información y generación del diagnostico de las condiciones de salud de los funcionarios de la E.S.E.	Diagnóstico elaborado	1	1/07/2019	31/08/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Realizar diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores con el fin de fomentar la promoción estilos de vida y la prevención de enfermedades laborales.	Diagnostico de las condiciones de salud de los colaboradores.	52	Divulgar el diagnostico ante el comité COPASST, a la alta direcciòn y A.R.L. sobre los resultados del diagonstico proponiendo las posibles acciones que se incluyan en las actividades de vigilancia epidemiologicica y control de la enfermedad.	Evidencia de la divulgación.	1	1/09/2019	28/10/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Analizar la magnitud de los factores de riesgo en la institución e implementar los sistemas de control requeridos para evitar efectos nocivos en los colaboradores, las instalaciones, la comunidad y el medio ambiente.	Realizar inspecciones a las diferentes áreas de la institución.	53	Elaborar y aprobar el Cronograma de Inspecciones para las diferentes áreas de la Institución.	Cronograma elaborado y aprobado.	1	1/01/2019	281/02/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Analizar la magnitud de los factores de riesgo en la institución e implementar los sistemas de control requeridos para evitar efectos nocivos en los colaboradores, las instalaciones, la comunidad y el medio ambiente.	Realizar inspecciones a las diferentes áreas de la institución.	54	Ejecutar cronograma de inspecciones teniendo en cuenta las condiciones de los puestos de trabajo.	Evidencia de ejecución.	Según actividades suscritas en el cronograma	1/03/2019	30/09/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Analizar la magnitud de los factores de riesgo en la institución e implementar los sistemas de control requeridos para evitar efectos nocivos en los colaboradores, las instalaciones, la comunidad y el medio ambiente.	Realizar inspecciones a las diferentes áreas de la institución.	55	Realizar seguimiento durante el ultimo trimestre del año 2019, a las inspecciones realizadas y enviar informes a la Gerencia con Copia a la Subgerencia Administrativa sobre el seguimiento de los hallazgos encontrados en las inspecciones segun cronograma. (Priorización de necesidades)	Evidencia del reporte	3	1/10/2019	20/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Elaborar, implementar, analizar y actualizar las estadísticas de la información recolectada en los diferentes registros para la toma de decisiones, los cuales permitirán controlar el comportamiento de los factores de riesgo existentes y detectar la presencia de nuevos agentes agresores.	Análisis e interpretación de indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	56	Realizar seguimiento y análisis a los indicadores del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, Plan de Atención de emergencia y desastres (Procesos, Objetivos estrategicos, Politicas Institucionales) de acuerdo a la periodicidad establecida. Si los indicadores presentan un comportamiento no deseado, se deben establecer acciones de mejora.	Evidencia del seguimiento y analisis a los indicadores según periodicidad establecida.	según su periodicidad	1/01/2019	28/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Realizar seguimientos trimestrales de radiaciones ionizantes al personal expuesto a radiaciones en el área de imagenologia.	Evaluación y seguimiento al personal expuesto a radiaciones ionizantes	57	Realizar tres seguimientos de radiaciones ionizantes al personal expuesto en el área de imagenologia durante la vigencia 2019 en base a la lectura de los dosimetros.	Evidencia de tres seguimientos de radiaciones ionizantes al personal expuesto en el área de imagenologia, durante la vigencia 2019 en base a la lectura de los dosimetros	3	15/03/2019	15/12/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Diseñar una estrategia para darle cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, para medir los niveles de alcoholimetría en los trabajadores.	Plan de mejora documentado e implementado.	58	Realizar pruebas aleatoriamente para medir los niveles de alcoholimetría en las diferentes áreas de la institución, según Protocolo y Normatividad vigente y generar informe de manera trimestral.	Evidencia de las pruebas realizadas.(Informes Trimestrales)	3	15/03/2019	15/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Entregar una dotación anual y promover el uso de elementos de protección personal mediante las inspecciones a puestos de trabajo anualmente.	Actas de entrega de elementos de protección personal	59	Gestionar la compra de los elementos de protección personal ante la oficina de Suministros.	Evidencia de la gestión de compra.	1	1/01/2019	31/05/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Entregar una dotación anual y promover el uso de elementos de protección personal mediante las inspecciones a puestos de trabajo anualmente.	Actas de entrega de elementos de protección personal	60	Solicitar a las agremiaciones y responsables de los contratos, el soporte de la entrega y capacitaciòn de los E.P.P. (Si aplica)	Evidencia de solicitud Soporte de las entregas	1	1/01/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Entregar una dotación anual y promover el uso de elementos de protección personal mediante las inspecciones a puestos de trabajo anualmente.	Actas de entrega de elementos de protección personal	61	Realizar entrega y/o reposición y capacitación en el uso de los elementos de protección personal. (Según necesidad)	Soporte de entrega y capacitación. Evidencia del reporte al P.I.C.	1	1/01/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los componentes del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo	Ajustar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Entregar una dotación anual y promover el uso de elementos de protección personal mediante las inspecciones a puestos de trabajo anualmente.	Actas de entrega de elementos de protección personal	62	Inspeccionar trimestralmente y de manera aleatoria sobre el uso adecuado de los Elementos de Protección personal, elaborar informe y remitirlo al jefe del área correspondiente.	Informes trimestrales	4	1/01/2019	28/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Revisar y actualizar el plan de emergencias basado en la normatividad vigente y los parámetros establecidos por la OMS	Documento del Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres.	63	Actualizar el Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres, de acuerdo a la normatividad vigente.	Documento actualizado.	1	1/02/2019	30/04/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Aprobación por la alta dirección y el CHED.	Resolución aprobada por Gerencia del Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres.	64	Presentar a la Gerencia y al CHED, el Plan Hospitalario de Emergencias y Atención de Desastres para su aprobación.	aprobacion por parte de la Gerencia del Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres de la institucion. Se4gun modificacion y actualizacion	1	1/04/2019	31/05/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Socialización del Plan de emergencias a los trabajadores y usuarios.	Soporte de capacitaciones del Plan de Emergencias Hospitalarios.	65	Realizar cronograma de capacitación del Plan Hospitalario de Emergencias y Atención de Desastres dirigido a los colaboradores y usuarios.	Cronograma de capacitación elaborado y aprobado	1	1/01/2019	28/02/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Implementar estrategias de capacitación al cliente interno y externo sobre el Plan de Emergencias.	Entrega de folletos sobre el Plan Hospitalario de Emergencias.	66	Ejecutar el cronograma de capacitación sobre el Plan Hospitalario de Emergencias y Atención de Desastres, reportandolo al PIC	Evidencia de Capacitación Evidencia del reporte al PIC	1	1/03/2019	14/12/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Entregar el plan de emergencias a la Oficina de gestión del riesgo y secretaria de salud Dptal.	Recibido del documento entregado a la Oficina Gestión del Riesgo y Secretaria de Salud Departamental	67	Entregar formalmente el documento elaborado del Plan de Emergencias de la Institucion a la Oficina de Gestion del Riesgo y Secretaria de Salud Departamental.	Soporte de la entrega	1	1/05/2019	14/06/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Fortalecer las brigadas de emergencia	Capacitación y entrenamiento a las Brigadas de Emergencia.	68	Elaborar y ejecutar el cronograma de capacitaciones y entrenamiento a las personas que integran las Brigadas de Emergencia.	elaboracion y ejecucion del cronograma de capacitacion a brigadistas.	1	1/04/2019	30/09/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Realizar simulación y simulacros de emergencias.	Registros de evaluación de simulación y simulacros ante emergencias.	69	Realizar simulacion en diferentes áreas de la institución con el fin preparar la capacidad de respuesta de los colaboradores ante cualquier eventualidad.	Evidencia de simulación (Acta o listado de asistencia)	1	1/06/2019	15/11/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Realizar simulación y simulacros de emergencias.	Registros de evaluación de simulación y simulacros ante emergencias.	70	Realizar un simulacro de emergencia con el fin preparar la capacidad de respuesta de los colaboradores ante cualquier eventualidad.	Evidencia de la realización del simulacro.	1	1/09/2019	30/09/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Actualizar el Plan de atención de emergencia y desastres	Verificar constantemente los cambios que puedan presentar el estado físico en la institución y así mismo medir la capacidad de respuesta de los funcionarios ante cualquier eventualidad.	Fortalecer las capacitaciones a los miembros del CHED.	Soportes e Invitación a capacitación a los miembros del CHED	71	Realizar reunion con los miembros del C.H.E.D. y reportarlo en el P.I.C. (según resolucion)	Evidencia de asistencia a capacitaciones. Evidencia del reporte al PIC	4	1/01/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Elaborar y actualizar la matriz de peligro anualmente	Identificar los peligros existentes en toda la institución y realizar la matriz pertinente basada en la normatividad vigente	Identificar nuevos riesgos y actualizar la Matriz de Peligro con el fin de calificar el nivel de riesgo de la institución.	Soporte de Actualización de Matriz de Identificación de Peligro de la Institución	72	Actualizar la Matriz de Identificacion de Peligro y evaluacion de los riesgos con el fin de calificar el nivel de riesgo de la institución.	Matriz actualizada	1	1/01/2019	30/04/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Elaborar y actualizar la matriz de peligro anualmente	Identificar los peligros existentes en toda la institución y realizar la matriz pertinente basada en la normatividad vigente	Divulgación de la matriz de peligro	Soporte de Divulgación y socialización a todos los funcionarios sobre la matriz de identificación de peligro.	73	Realizar la divulgacion de la matriz de Peligro y evaluacion de los riesgos, por medio de folletos y entregar al jefe de cada área de la institucion.	Soportes de divulgacion.	1	1/05/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Elaborar y actualizar la matriz de peligro anualmente	Identificar los peligros existentes en toda la institución y realizar la matriz pertinente basada en la normatividad vigente	Formular e implementar las acciones de mejora tendientes a intervenir los riesgos.	Soporte de la implementación de las acciones de mejora de acuerdo a los riesgos encontrados	74	Liderar un plan de mejora que permita intervenir los nuevos riesgos detectados en la Matriz de Peligro y evaluación de riesgos involucrando las areas involucradas en el cumplimiento del plan	Plan de Mejora elaborado y con evidencia de seguimiento cuatrimestral	Un Plan de mejora elaborado y Dos seguimientos	1/05/2019	30/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Elaborar y actualizar la matriz de peligro anualmente	Identificar los peligros existentes en toda la institución y realizar la matriz pertinente basada en la normatividad vigente	Realizar mediciones de ruido, iluminación y otro tipo de contaminantes del ambiente físico, de acuerdo a los controles establecidos en la matriz de peligros.	Evidencias de mediciones realizadas	75	Realizar mediciones de ruido, iluminación y otro tipo de contaminantes del ambiente físico, segun requerimiento de la Unidad o por solicitud de la Coordinacion del area afectada y reportarlo a la subgerencia administrativa y al area comprometida.	Informe presentado	1	1/05/2019	30/11/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Mejorar la gestión de los vertimientos líquidos de la institución.	Realizar un estudio de la necesidad de contar con un sistema de tratamiento de aguas residuales no domesticas y así mismo determinar mediante la elaboración de un proyecto la importancia de por que se requiere esta implementación.	Gestionar ante la alta dirección la necesidad del diseño e implementación de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales - PTAR	Evidencias de la gestión ante la dirección la necesidad del diseño e implementación de la PTAR	76	Realizar acompañamiento en la construcción de la Sistema de Tratamiento de Aguas Residuales P.T.A.R. en lo relacionado al .Seguridad y Salud en el Trabajo S.S.T., generando un informe a la entrega del sistema de tratamiento de aguas residuales	Informes final de acompañamiento	1	1/01/2019	30/06/2018	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer el sistema de red contra incendios.	Identificar los sectores en los cuales se es importante implementar una red contra incendios dentro de la institución y dar a conocer por medio de un proyecto la importancia que tiene la creación de esta.	Realizar diagnostico de necesidades en cumplimiento de la norma para la implementación de la red contra incendios.	Diagnostico realizado por un Ingeniero hidráulico en sistemas de red contra incendios.	77	Realizar acompañamiento en la Realizacion del Diagnostico de la Red Contraincendios, una vez se inicie la ejecucion del contrato	Informe de acopañamiento al final de la ejecucion del contrato	1	1/01/2019	20/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión integral de residuos Hospitalarios y similares.	Ajustar el Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y similares con el fin de Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de producción, identificación, clasificación, transporte, almacenamiento, pre tratamiento y disposición final de Residuos.	Elaborar e implementar cronograma de Capacitación al cliente interno para la clasificación de residuos y buen manejo de recursos (Energía, agua).	1.Cronograma elaborado y aprobado. 2. Cronograma implementado	78	Elaborar el cronograma de Capacitación al cliente interno para la clasificación de residuos y buen manejo de recursos (Energía, agua) y reportarlo al PIC	Cronograma elaborado y aprobado. Evidencia del reporte al PIC	1	1/02/2019	31/03/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión integral de residuos Hospitalarios y similares.	Ajustar el Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y similares con el fin de Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de producción, identificación, clasificación, transporte, almacenamiento, pre tratamiento y disposición final de Residuos.	Elaborar e implementar cronograma de Capacitación al cliente interno para la clasificación de residuos y buen manejo de recursos (Energía, agua).	1.Cronograma elaborado y aprobado. 2. Cronograma implementado	79	Implementar el cronograma de Capacitación al cliente interno para la clasificación de residuos y buen manejo de recursos (Energía, agua) y reportarlo al PIC	Evidencia de la implementación del cronograma	Según cronograma	1/04/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión integral de residuos Hospitalarios y similares.	Ajustar el Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y similares con el fin de Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de producción, identificación, clasificación, transporte, almacenamiento, pre tratamiento y disposición final de Residuos.	Generar estrategias dirigidas al cliente interno para garantizar una adecuada clasificación de residuos hospitalarios.	Estrategias implementadas	80	Elaborar estrategias de buenas practicas ambientales, relacionadas con el adecuado manejo de residuos hospitalarios, ahorro y uso eficiente de agua, energia y ahorro eficiente del papel.	Elaboracion de documento	1	1/05/2019	30/08/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión integral de residuos Hospitalarios y similares.	Ajustar el Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y similares con el fin de Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de producción, identificación, clasificación, transporte, almacenamiento, pre tratamiento y disposición final de Residuos.	Generar estrategias dirigidas al cliente interno para garantizar una adecuada clasificación de residuos hospitalarios.	Estrategias implementadas	81	Divulgar al cliente interno las estrategias de buenas practicas ambientales, relacionadas con el adecuado manejo de residuos hospitalarios, ahorro y uso eficiente de agua, energia y ahorro eficiente del papel, por medio de infografias, correo electronico, Notihospital	Soporte de Divulgacion	1	1/09/2019	20/12/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión integral de residuos Hospitalarios y similares.	Ajustar el Plan de Gestión integral de Residuos Hospitalarios y similares con el fin de Organizar, ejecutar y evaluar las actividades de producción, identificación, clasificación, transporte, almacenamiento, pre tratamiento y disposición final de Residuos.	Realizar inspecciones en los servicios de la Institución respecto al manejo de residuos hospitalarios, y manejo adecuado de los recursos como el agua y la energía.	Registro de inspecciones realizadas en los servicios de la Institución.	82	Incluir al cronograma de inspecciones, actividades concernientes al manejo de residuos hospitalarios y manejo adecuado de los recursos como el agua y la energía y la correcta clasificación de los residuos peligrosos y no peligrosos.	Cronograma de inspecciones elaborado.	1	1/03/2019	30/04/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Mejorar los proceso de reciclaje	Mejorar los proceso de reciclaje	83	Realizar inspecciones cuatrimestralmente a los diferentes servicios de la institucion, verificando la correcta clasificacion de los residuos peligrosos y no peligrosos. generando informe trimestral y remitirlo a la subgerencia administrativa.	Informes cuatrimestrales	3	1/01/2019	31/12/2019	SST
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Realizar un análisis de cargas de trabajo con el fin identifcar aspectos en los que se pueda optimizar la asignación del recurso humano dedicado al desarrollo de actividades asistenciales y adminsitrativas.	Análisis de cargas de trabajo realizado y con estratégicas implmentadas	84	Realizar análisis de cargas de trabajo al personal administrativo de la institución y socializarlo con la Gerencia y la Subgerencia Administrativa	Informe de análisis de carga de trabajo y evidencia de socialización.	1	1/03/2019	31/10/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	85	Socializar las politicas a cargo de la Oficina de Seguridad y Salud en el trabajo, a través de la Pag Web, Infografía, Notihospital y capacitaciones en cada una de las áreas de la institución.	Evidencia de divulgación de las politicas a cargo de SST Listados de asistencia de capacitación.	1	1/02/2019	14/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Elaborar y actualizar la matriz de peligro anualmente	Identificar los peligros existentes en toda la institución y realizar la matriz pertinente basada en la normatividad vigente	Realizar seguimiento a la matriz de peligro.	Evidencia de los seguimientos de la matriz de peligro	86	Realizar seguimiento trimestral a los riesgos identificados en la Matriz de peligro y evaluación de riesgos verificando que los controles sean aplicados de manera oportuna y correcta, generando un informe trimestral y reportarlo a la subgerencia administrativa y Recursos Físicos.	Informes trimestrales	3	15/03/2019	14/12/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	87	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2018	28/12/2018	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	88	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	12	1/01/2019	31/12/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Evaluar las condiciones de puesto de trabajo de los colaboradores, identificando falencias y gestionando su mejoramiento.	Diagnostico de condiciones en puestos de trabajo. Acciones de mejora implementadas acordes con el diagnostico.	89	Realizar un diagnostico de las condiciones en puestos de trabajo de los colaboradores identificando los riesgos a los cuales están expuestos, generar recomendaciones y enviar informe a la Subgerencia Administrativa y Talento Humano, incluyendo las acciones implementadas acordes con el diagnostico.	Un diagnostico de las condiciones en puestos de trabajo de los colaboradores elaborado y radicado en la Subgerencia Administrativa y Talento Humano.	1	1/10/2019	30/11/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Evaluar las condiciones de puesto de trabajo de los colaboradores, identificando falencias y gestionando su mejoramiento.	Diagnostico de condiciones en puestos de trabajo. Acciones de mejora implementadas acordes con el diagnostico.	90	Realizar la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial al 75% de los funcioarios de Planta de la institución de acuerdo a la Resolucion 2646 / 2008 con el fin de identificar, evaluar, prevenir, intervenir y monitoreo permanente de la exposicion a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.	Listado de Asistencia de la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial	1	22/01/2019	31/10/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Evaluar las condiciones de puesto de trabajo de los colaboradores, identificando falencias y gestionando su mejoramiento.	Diagnostico de condiciones en puestos de trabajo. Acciones de mejora implementadas acordes con el diagnostico.	91	Realizar el Diagnostico de acuerdo a los resultados de la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial	Diagnostico de la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial	1	1/11/2019	28/12/2019	SST
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Armonizar el ambiente fisico de los puestos de trabajo.	Puestos de trabajo ajustados	92	Realizar, aprobacion y divulgacion del Programa de las 5 S.	Documento Aprobado y Divulgado (Notihospital, Infografias, Correos Institucionales)	1	1/01/2019	30/06/2019	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Armonizar el ambiente fisico de los puestos de trabajo.	Puestos de trabajo ajustados	93	Realizar el cronograma y ejecutar las Inspecciones a las areas adminsitrativas de acuerdo al Programa de las 5 S	Lista de chequeo y realizar Informes Trimestral	2	1/07/2019	31/12/2019	SST
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Ajustar e implementar los perfiles de cargo existentes en la Institución con el propósito de incluir las competencias técnicas propias de cada perfil.	Perfiles ajustados con base en las competencias técnicas de cada cargo.	94	Presentar propuesta de actualización de las competencias del manual de funciones GTH-TH-M-003 MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS, según decreto 815 de 2018, una vez el personal que ingresó mediante la convoctaoria 426 de 2016 haya superado el periodo de prueba y presentarlo a la gerencia para tramite ante la Junta Directiva.	Propuesta de actualización del Manual de funciones GTH-TH-M-003 MANUAL DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS reportado ante la gerencia para el tramite ante la Junta Directiva.	1	1/06/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Desarrollar estrategias para certificar competencias en el cliente interno tales como: Admón. de medicamentos, Atención al usuario, manejo de equipos, código rojo, seguridad del paciente, toma de muestras, mejoramiento de la calidad entre otras.	Control de asistencia y certificados expedidos.	95	Dar continuidad a la gestión que permita certificar a los colaboradores de la institución en competencias tales como: Administración de medicamentos, Control de Infecciones y Atención al usuario.	Informes cutrimestrales sobre el avance de la certificación en competencias de los colaboradores.	4	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Desarrollar estrategias para certificar competencias en el cliente interno tales como: Admón. de medicamentos, Atención al usuario, manejo de equipos, código rojo, seguridad del paciente, toma de muestras, mejoramiento de la calidad entre otras.	Control de asistencia y certificados expedidos.	96	Solicitar a la Gerencia la inclusion de competencias según el Decreto 815 de 2018 (liderazgo, planeación, toma de decisiones, dirección, desarrollo de personal y conocimiento del entorno) en los acuerdos de gestión pactados en el inicio de cada vigencia con los gerentes públicos de la institución.	Comunicación formal a la gerencia solicitando la inclusion de competencias según el Decreto 815 de 2018 (liderazgo, planeación, toma de decisiones, dirección, desarrollo de personal y conocimiento del entorno) en los acuerdos de gestión pactados en el inicio de cada vigencia con los gerentes públicos de la institución.	1	1/01/2019	28/02/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Involucrar a otro grupos de interés (Agremiaciones a través de las obligaciones del objeto contractual y acuerdos de gestión para sibgerentes y líderes de procesos) en el proceso de Evaluación de Desempeño Laboral de los colaboradores de la Institución de acuerdo a las competencias técnicas.	Propender que las entidades contratistas (Contratos de Apoyo) evaluen el desempeño y las competencias de sus agremiados y sus contratistas.	97	Requerir a los supervisores de los contratos sindicales, los resultados de la evaluación de los procesos ejecutados en la Institución por parte de las agremiaciones sindicales, dando cumplimiento a las claúsulas de obligatoriedad de los contratos suscritos con la E.S.E. y al Estandar 111 Código (Th8) del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, generando un informe anual y reportandolo a la Alta Dirección.	Evidencia de la solicitud Informe Anual.	2	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Definición y desarrollo de un programa de planeación tactica y estrategica del talento humano.	Contar con un procedimiento que incluya la planeación del recurso humano necesario para la ejecución eficiente de las diferentes actividades en todas las áreas de la Institución.	Diseñar e implementar un programa de planeación del talento humano que responda a las necesidades del estándar 104 de acreditación. (Talento Humano).	Documento de Planeación del talento humano desarrollado e implementado.	98	Presentar y divulgar el Plan Anual de Vacantes de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y reportarlo a la Gerencia.	Plan anual de vacantes divulgado a traves de la pagina web institucional y presentado a la Gerencia.	1	1/01/2019	31/01/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Definición y desarrollo de un programa de planeación tactica y estrategica del talento humano.	Contar con un procedimiento que incluya la planeación del recurso humano necesario para la ejecución eficiente de las diferentes actividades en todas las áreas de la Institución.	Diseñar e implementar un programa de planeación del talento humano que responda a las necesidades del estándar 104 de acreditación. (Talento Humano).	Documento de Planeación del talento humano desarrollado e implementado.	99	Realizar un reporte anual a la gerencia de los funcionarios de carrera que han tenido la oportunidad de desempeñar un empleo de LNR en encargo o comisión	Un reporte anual radicado ante la gerencia.	1	1/12/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Definición y desarrollo de un programa de planeación tactica y estrategica del talento humano.	Contar con un procedimiento que incluya la planeación del recurso humano necesario para la ejecución eficiente de las diferentes actividades en todas las áreas de la Institución.	Diseñar e implementar un programa de planeación del talento humano que responda a las necesidades del estándar 104 de acreditación. (Talento Humano).	Documento de Planeación del talento humano desarrollado e implementado.	100	Divulgar el Modelo de Planeación Estratégica del Talento Humano semestralmente al personal de la institucion mediante un mecanismo de comunicación institucional.	Evidencia de la divulgación del modelo de Planeación estratégica del Talento Humano.	2	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Definición y desarrollo de un programa de planeación tactica y estrategica del talento humano.	Contar con un procedimiento que incluya la planeación del recurso humano necesario para la ejecución eficiente de las diferentes actividades en todas las áreas de la Institución.	Diseñar e implementar un programa de planeación del talento humano que responda a las necesidades del estándar 104 de acreditación. (Talento Humano).	Documento de Planeación del talento humano desarrollado e implementado.	101	Actualizar la Caracterización del cliente interno incluyendo la identificación del personal prepensionado y quien tenga fuero sindical para la vigencia 2018 y la población que requiera avanzar en su formación académica	Documento de caracterización del cliente interno actualizado.	1	1/11/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Definición y desarrollo de un programa de planeación tactica y estrategica del talento humano.	Contar con un procedimiento que incluya la planeación del recurso humano necesario para la ejecución eficiente de las diferentes actividades en todas las áreas de la Institución.	Diseñar e implementar un programa de planeación del talento humano que responda a las necesidades del estándar 104 de acreditación. (Talento Humano).	Documento de Planeación del talento humano desarrollado e implementado.	102	Realizar monitoreo y seguimiento semestral al cumplimiento de la actualización e información cargada por los servidores al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP- Incluyendo el avance de la presentación de declaración de bienes y rentas	Dos Informes (un informe semestral al cumplimiento de la actualización de la información cargada por los servidores públicos al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEP-	2	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Desarrollar un plan de incentivos	Elaborar e implementar un plan de incentivos que permita comprometer a los colaboradores con el mejoramiento continuo de la calidad y con la cultura organizacional.	Elaborar el documento que consolide los incentivos legales, de prestigio y económicos según condiciones de la institución.	Documento elaborado.	103	Elaborar el programa de bienestar e incentivos teniendo en cuenta el diagnóstico de necesidades con base en el instrumento de recolección de información aplicado a los servidores públicos de la institución el cual debe contener los siguientes elementos: Incentivos para los gerentes públicos, Equipos de trabajo (pecuniarios), Empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción (No pecuniarios), Reconocimiento y agradecimiento al personal que se desvincula de la institución, actividades de apoyo sociolaboral y emocional (capacitaciones) al personal que se desvincula por reestructuracion o por finalizacion de nombramiento provisional si aplica así mismo algunos de los siguientes temas: Deportivos, recreativos y vacacionales; Artísticos y culturales, Promoción y prevención de la salud; Educación en artes y artesanías; Promoción de programas de vivienda; Clima laboral; Cambio organizacional, Adaptación laboral; Preparación a los prepensionados para el retiro del servicio; **Cultura organizacional**, Trabajo en equipo, Educación formal (primaria, secundaria y media, superior), bilingüismo y proyectos	Programa de bienestar e incentivos elaborado y aprobado para la vigencia por parte del comité de Bienestar Laboral.	1	1/01/2019	30/04/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Desarrollar un plan de incentivos	Elaborar e implementar un plan de incentivos que permita comprometer a los colaboradores con el mejoramiento continuo de la calidad y con la cultura organizacional.	Implementar las estrategias adoptadas en el plan de incentivos.	Estrategias implementadas.	104	Ejecutar el Plan de bienestar e incentivos, aprobado para la vigencia, generar informe cuatrimestral y presentarlo a la alta dirección.	Informes cuatrimestrales de avance al Plan de Bienestar e incentivos presentado a la alta dirección.	3	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	105	Identificar los indicadores a cargo de talento Humano (En Procesos, programas, objetivos estrategicos) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	30/04/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	106	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Talento Humano, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	107	Realizar reinducción a los funcionarios vinculados con corte a 31 de diciembre de 2018 según el manual de INDUCCION Y REINDUCCION GTH-TH-M-004.	Listados de asistencia donde consta la reinducción del personal.	90% de funcionarios	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	108	Elaborar un informe con corte a Noviembre de la vigencia, acerca de las razones del retiro voluntario de personal con su respectivo análisis que sirva como insumo para la toma de decisiones y el mejoramiento institucional y reportarlo ante la alta dirección y al profesional de Talento Humano encargado de realizar Plan Anual de Vacanes y de Prevision de Personal.	Informe Anual radicado ante la alta dirección y al profesional de Talento Humano.	1	1/12/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	109	Solicitar a la Oficina de Sistemas de Información SIH, que dentro del Aplicativo de Indigo Vie, se generen reportes inmediatos respecto a la planta de personal, tipo de vinculación, nivel, código y grado, antigüedad en el estado, nivel académico, género, empleos en vacancia definitiva o temporal, prepensionados, cabeza de familia, limitaciones físicas, fuero sindical.	Soporte de la evidencia.	1	1/01/2019	31/03/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Evaluar la gestión de la gerencia del talento humano.	Medir periódicamente la gestión y cumplimiento de actividades de la Oficina de talento humano	Establecer periodicidad de medición de los indicadores y analizar sus resultados	Indicadores medidos y analizados	110	Actualizar el normograma correspondiente al área, incluyendo Normas Externas e Internas, según novedades normativas y divulgarla a los colaboradores según alcance y publicarlo en la carpeta compartida de la Institución.	Normograma actualizado por área Evidencia de la divulgación de las normas según alcance y registro de las novedades en actas de subcomité de autocontrol Punto 3.6.1 y publicado en carpeta compartida de la institución.	1	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Formalizar de manera gradual la planta de personal.	Actualizar el informe de la incorporación del personal a la planta de la Entidad de acuerdo a los lineamientos del Gobierno Nacional y en cumplimiento de la Ley.	Aprobar el Estudio Técnico de Formalización. (por parte de la junta directiva).	Estudio aprobado por la Junta Directiva de la E.S.E.	111	Recopilar la información relacionada con los actos administrativos de creación y modificación de planta de personal, digitalizarlos y publicarlos en la carpeta compartida de Talento Humano.	Información Publicada	1	1/01/2019	30/06/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Formalizar de manera gradual la planta de personal.	Actualizar el informe de la incorporación del personal a la planta de la Entidad de acuerdo a los lineamientos del Gobierno Nacional y en cumplimiento de la Ley	Ejecutar gradualmente la vinculación.	Vinculación gradual de personal	112	Actualizar el plan de cargos de la entidad que contemple: Planta global, Tipo de vinculación, Nivel, Código y Grado, Antigüedad en el Estado, nivel académico y género, Cargos en vacancia definitiva o temporal por niveles, resultado de evaluacion de desempeño de la vigencia anterior, incluyendo la medición del tiempo de cubrimientos de las vacantes hasta la fecha de posesión del cargo.	Reportar a la alta dirección el informe anualmente.	1	1//2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Formalizar de manera gradual la planta de personal.	Actualizar el informe de la incorporación del personal a la planta de la Entidad de acuerdo a los lineamientos del Gobierno Nacional y en cumplimiento de la Ley	Ejecutar gradualmente la vinculación.	Vinculación gradual de personal	113	Publicar en la carpeta compartida de TH las listas de elegibles emitidas por la CNSC	Listas de elegibles en carpeta compartida	1	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Formalizar de manera gradual la planta de personal.	Actualizar el informe de la incorporación del personal a la planta de la Entidad de acuerdo a los lineamientos del Gobierno Nacional y en cumplimiento de la Ley,	Ejecutar gradualmente la vinculación.	Vinculación gradual de personal	114	Continuar gradualmente con la vinculación de personal a la planta de la E.S.E. sujeto a la disponibilidad presupuestal.	Certificación cuatrimestral expedida por el jefe de talento humano donde se evidencie la vinculación o no del personal a la planta de la Institución.	3	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de capacitacion institucional.	Fortalecer e implementar el plan de capacitación institucional que permita contribuir al ejercicio de las funciones de nuestros colaboradores.	Consolidar las necesidades de capacitación en un único plan que permita medir la gestión del mismo.	1. Solicitud de detección de necesidades de capacitación 2. Herramienta "Matriz del Plan Institucional de Capacitación"	115	Realizar un diagnóstico de necesidades de capacitación mediante instrumento aprobado en el Modelo de Capacitación Institucional, incluyendo las necesidades que remitan los Gerentes Públicos (Nivel Directivo de la entidad), orientaciones de la alta Dirección y ofertas del sector función pública teniendo en cuenta las fases de Sensibilización, Formulación de los proyectos de aprendizaje.	Diagnostico elaborado.	1	1/01/2019	31/03/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de capacitacion institucional.	Fortalecer e implementar el plan de capacitación institucional que permita contribuir al ejercicio de las funciones de nuestros colaboradores.	Fortalecer el programa de educación continuada con el fin de cubrir a todos los colaboradores sin importar la modalidad de vinculación.	Plan de capacitación elaborado, aprobado y ejecutado.	116	Diseñar un plan anual de capacitación institucional y gestionar su aprobación donde se prioricen algunos de los siguientes temas: Gestión del Talento Humano, Integración Cultural, Relevancia internacional, Buen Gobierno, Contratación Pública, Cultura organizacional, Derechos humanos, Gestión administrativa, Gestión de las tecnologías de la información, Gestión documental,Gestión Financiera, Gobierno en Línea, Innovación, Participación ciudadana, Servicio al ciudadano, Derecho de acceso a la información, día del servidor público y divulgalo en la pagina web institucional	Documento Elaborado, aprobado y publicado en pagina web institucional.	1	1/01/2019	31/03/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de capacitacion institucional.	Fortalecer e implementar el plan de capacitación institucional que permita contribuir al ejercicio de las funciones de nuestros colaboradores.	Fortalecer el programa de educación continuada con el fin de cubrir a todos los colaboradores sin importar la modalidad de vinculación.	Plan de capacitación elaborado, aprobado y ejecutado.	117	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitación y generar un informe cuatrimestral sobre la ejecución en el que se incluya en analisis de indicadores según periodicidad, reportandolo a la alta dirección, con copia a la Comisión de Personal Institucional.	Informe cuatrimestrales y reporte a la alta dirección	3	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de capacitacion institucional.	Fortalecer e implementar el plan de capacitación institucional que permita contribuir al ejercicio de las funciones de nuestros colaboradores.	Fortalecer el programa de educación continuada con el fin de cubrir a todos los colaboradores sin importar la modalidad de vinculación.	Plan de capacitación elaborado, aprobado y ejecutado.	118	Actualizar el GTH-TH-M-004 MANUAL DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN incluyendo el código de integridad y demás temas que se requieran	Manual actualizado	1	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer un plan de bienestar institucional	Fortalecer e implementar el plan de bienestar institucional con el propósito que esté articulado con el direccionamiento estratégico y la cultura organizacional.	Ajustar el documento con el fin de adherirlo al direccionamiento estratégico.	1. Documento elaborado. 2. Herramientas definidas para otorgar incentivos.	119	Realizar referenciación en temas relacionados con programa de estado joven, servimos a la entidad, teletrabajo y horario flexible en la entidad y generar recomendaciones a la alta dirección.	Soporte de referenciación.	1	1/03/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Implementar un modelo de detección de necesidades para el cliente interno.	Identificar y dar respuesta efectiva a las necesidades del talento humano,Conocer las necesidades del talento humano, priorizarlas y responder a ellas para mejorar la motivación del personal.	Implementar las estrategias e instrumentos del modelo de detección de necesidades del cliente interno definido por la institución.	Necesidades identificadas y gestionadas.	120	Divulgar cuatrimestralmente los instrumentos y mecanismos de detección de necesidades, vía Outlook, carteleras, generando informes cuatrimestrales y presentarlos ante la alta dirección.	Soporte de divulgación Informes generados y presentados	3	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Plan de Servicios de Educación continua	Elaborar, presentar y ofertar un Plan de servicios de educación continua anualmente de acuerdo con lo requerido por la normatividad vigente.	Consolidar las necesidades de los servicios asistenciales relacionados con las actividades de educación continuada.	Plan de servicios de educación continua elaborado.	121	Consolidar las necesidades de educación continuada de la Institución por medio del Plan Institucional de capacitación (PIC) a través de la matriz de consolidación de Capacitaciones	Matriz consolidada anualmente	1	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	122	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos según necesidad.	Formato de actualización. Acta de socialización en autocontrol.	Segíun necesidad	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Aplicación de instrumentos de evaluación (Encuesta de Satisfacción) a los grupos de interés de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	123	Identificar y priorizar estrategias de intervención según resultados de la encuesta de clima laboral aplicada en la vigencia 2018 teniendo en cuenta aspectos como conocimiento de la orientación organizacional, estilo de dirección, comunicación e integración, trabajo en equipo, capacidad profesional y ambiente físico en el comité de bienestar laboral	Acta del comité de bienestar laboral donde se evidencian las estrategias identificadas y priorizadas.	1	1/01/2019	31/03/2019	TALENTO HUMANO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	124	Ejecutar las estrategias priorizadas e intervenir los esultados de la encuesta de clima laboral aplicada en la vigencia 2018, generando informes cuatrimestrales los cuales deberan ser socializados en el comité de bienestar laboral y en la alta dirección.	informes cuatrimestrales socializados ante el comité de bienestar laboral y presentados ante la alta dirección.	1	1/04/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	125	Estructurar una encuesta de expectativas del cliente interno en la cual se identifiquen su interés en ocupar algún otro cargo.	Encuesta aplicada Base de datos estructurada.	1	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	126	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	127	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/02/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	128	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	TALENTO HUMANO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Fortalecer las estrategias e incrementar los espacios y mecanismos de educación continuada que permitan llegar a un número mayor de colaboradores y elevar el promedio de horas de capacitación. Esto puede ser con recursos propios a través de convenios en el marco.	Evidencias de nuevas estrategias, espacios o mecanismos de educación continuada.	129	Formular y gestionar la ejecución de un plan de Educacion Continuada de acuerdo a la necesidades reportadas por los servicios asistenciales e instituciones educativas.	Plan de educacion continuada elaborado y evidencia de la gestión para la ejecución.	1	1/02/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Plan de Servicios de Educación continua	Elaborar, presentar y ofertar un Plan de servicios de educación continua anualmente de acuerdo con lo requerido por la normatividad vigente.	Consolidar las necesidades de los servicios asistenciales relacionados con las actividades de educación continuada.	Plan de servicios de educación continua elaborado.	130	Requerir trimestralmente a los servicios asistenciales las necesidades relacionados con las actividades de educación continuada para la vigencia 2019, consolidarlas y analizar su vialibilidad y priorización.	Evidencia de la gestión del requerimiento de las necesidades relacionados con las actividades de educación continuada y el consolidado y priorización de las mismas según reporte de los sevicios.	4	1/03/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Plan de Servicios de Educación continua	Elaborar, presentar y ofertar un Plan de servicios de educación continua anualmente de acuerdo con lo requerido por la normatividad vigente.	Consolidar las necesidades de los servicios asistenciales relacionados con las actividades de educación continuada.	Plan de servicios de educación continua elaborado.	131	Reportar de manera semestral el desarrollo de las actividades del Plan de Capacitación de educación continua de la vigencia (2019) a la oficina de Talento Humano.	Evidencia semestral del reporte del desarrollo de las actividades del Plan de capacitación de educación continua a Talento Humano.	2	1/06/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Plan de Servicios de Educación continua	Elaborar, presentar y ofertar un Plan de servicios de educación continua anualmente de acuerdo con lo requerido por la normatividad vigente.	Difusión del plan de servicios a ofertar al cliente interno y externo.	Ofertar un Plan de servicios de educación continua	132	Divulgar a través de los mecanismos de comunicación institucional (pagina web, redes sociales, afiches entre otros) el Plan de Educación Continua a ofertar al cliente interno una vez sea aprobado por la oficina Jurídica y Costos.	Evidencia de la divulgación de los dos proyectos de capacitación de educacion continua a ofertar.	2	1/05/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Plan de Servicios de Educación continua	Elaborar, presentar y ofertar un Plan de servicios de educación continua anualmente de acuerdo con lo requerido por la normatividad vigente.	Presentar el Plan a ofertar a Jurídica y Presupuesto para evaluar su viabilidad.	Concepto de Jurídica y Presupuesto para ofertar el plan	133	Elaborar y Presentar dos proyectos de capacitación de educacion continua a la oficina Jurídica y Presupuesto para ofertar de acuerdo a la normatividad vigente y asi evaluar su viabilidad.	Evidencia de los proyectos radicados en la oficina de Jurídica y presupuesto.	2	1/05/2019	30/11/2019	EDUCACION MEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	134	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Educación Medica, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	135	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según necesidad	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o adoptadas	136	Liderar la revisión de las guias o protocolos faltantes según la normatividad vigente de habilitación junto con la oficina de calidad (Habilitación).	Evidencia (Acta) de la revisión de las guías y protocolos de acuerdo a la la Res. 2003 de 2014	9	1/02/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o adoptadas	137	Elaborar Informe de guías o Protocolos de acuerdo a la verificación documental y resolución 2003 de 2014.	Informe de verificación documental.	1	1/12/2018	31/12/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o adoptadas	138	Gestionar ante el servicio la elaboración adopción, actualización, adaptación del 100% las GPC o Protocolos de acuerdo a identificación documental junto con la oficina de Garantia de la Calidad.	Evidencia de gestión ante los servicios de la elaboración, adopción y adaptación de guías y protocolos.	Según Identificación	1/02/2019	31/12/2018	EDUCACION MEDICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o adoptadas	139	Gestionar el acto administrativo para la elaboración, adopción, adaptación y/o actualización de Guías o Protocolos.	Acto Administrativo de las guías y protocolos elaboradas, adoptadas, adaptadas y/o actualizadas.	Según necesidad	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	140	Reportar al servicio en medio magnético la aprobación, adopción, adaptación o actualización por acto administrativo de las GPC o Protocolos solicitando la socialización en el servicio en un plazo no mayor a 30 días habiles.	Edivencia de correos electronicos de las GPC o Protocolos dirigido a los servicios solicitando la socialización de las GPC aprobados en un plazo no mayor a 30 días habiles	Según necesidad	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción.	Aplicación de instrumentos de evaluación (Encuesta de Satisfacción) a los grupos de interés de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	141	Aplicar encuesta de satisfaccion a una muestra de los estudiantes que se encuentran rotanto en el escenario de práctica y al 100% de Instituciones educativas que cuenten con estudiantes rotando durante la vigencia.	Encuesta aplicada	Según muestra	1/06/2019	30/11/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	142	Elaborar informe de acuerdo a los resultados de las encuestas de satisfaccion periodo 2019 y presentarlo al comité interno de docencia servicios	Un Informe de evaluación del nivel de satisfacción estudiantes e Instituciones educativas socializado en Comité Interno de Docencia Servicio.	1	1/12/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	143	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializar en acta de Autocontrol y Mejoramiento trimestralmente.	Herramienta diligenciada y socializan en Actas de autocontrol y Mejoramiento con el analisis trimestral.	4	1/03/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Implementar las estrategias adoptadas por la institución para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los grupos de interés.	Estrategias Adoptadas Implementadas	144	Presentar informe de encuesta aplicadas a estudiantes e Instituciones Educativas en el comité interno docencia servicio y realizar plan de mejora si se requiere.	Evidencia del presentación del informe ante el comité interno de docencia servicio y plan de mejora si se requiere.	1	1/06/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	145	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados.	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	146	Divulgar la politica Educación Médica a las unidades funcionales y registrar grado de avance de manera semestral en comité de Autocontrol.	Evidencias de divulgacion de las politicas y registro en acta de Autocontrol del grado de avance.	2	1/06/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	147	Realizar seguimiento a los indicadores contenidos en la Politica Educación Médica y socializar los resultados de indicadores de la politica en subcomites de autocontrol	Evidencias de seguimiento en las fichas técnias de los indicadores de la politica y registro en actas de autocontrol.	Según periodicidad	1/03/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	148	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	149	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Certificación del Hospital en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)	Lograr por parte del INVIMA, la certificación del hospital en BPC, lo anterior con el fin de poder desarrollar ensayos clínicos en seres humanos, en el marco de las exigencias de Hospital Universitario	Solicitar visita al INVIMA para el proceso de certificacion en BPC	Visita solicitada ante el INVIMA	150	Liderar reunión con los actores requeridos (Gerencia, Juridica, Contratación, Subgerente Tecnico, Serv Farmaceutico, Serv Ambulatorios, etc) con el fin informar los avances y estruturar plan de trabajo respecto a la certificación del hospital en BPC	Acta de ruenion y de acuerdo a lo definido se determinará el plan de trabajo elaborado con temas responsables y fechas de su ejecucion acerca de la certificacion del Hospital en BPC	1	1/01/2019	31/03/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Formulación de estudios de Investigación	Estudios formulados y aprobados por el comité de ética.	151	Asesorar estudios de investigación según necesidad del investigador.	Evidencia de la asesoría de estudios (Listados de asistencia).	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Formulación de estudios de Investigación	Estudios formulados y aprobados por el comité de ética.	152	Recepcionar y consolidar los proyectos de investigación.	Consolidado de proyectos recepcionados.(una base de datos).	1	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Formulación de estudios de Investigación	Estudios formulados y aprobados por el comité de ética.	153	Convocar mensualmente al comité de ética bioética e investigación y remitir los proyectos de investigaciónpara su revisión.	Evidencia de convocatoria al comité de ética bioética e investigación y reporte de los proyectos de investigaciónpara su revisión.	12	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Formulación de estudios de Investigación	Estudios formulados y aprobados por el comité de ética.	154	Realizar Reunión mensual del comité de ética para evaluar, aprobar o desaprobar los proyectos de investigación.	Actas de comité de ética bioética e investigación donde se evidencia el estado de los proyectos.	12	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Gestion a participar en convocatoria de proyectos de investigacion en salud ante COLCIENCIAS	Evidencia de la gestion.	155	Invitar a los grupos de investigación de la institución a participar en las convocatorias emitidas por COLCIENCIAS durante la vigencia refente al área de la salud.	Evidencia de la invitación a participar a las convocatorias según corresponda.	Según convocatoria de COLCIENCIAS.	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Inscripción de estudios de Investigación en Colciencias	Estudios inscritos en Colciencias	156	SolicItar a los investigadores que soporten registro de los proyectos de investigación en la plataforma de Colciencias y si son semilleros en las respectivas plataformas, que se presenten al Comité de Etica Bioetica e Investigación	Evidencia de 10% de los proyectos registrados en la plataforma Colciencias y si son semilleros en las respectivas plataformas.	10%	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Publicación de estudios de Investigación en revistas indexadas.	Estudios publicados	157	Realizar seguimiento cuatrimestral a los proyectos de investigación aprobados en el año 2018 por el Comité de Ética Bioética e Investigación del Hospital.	Evidencia del seguimiento cuatrimestral de los proyectos aprobados que han finalizado su periodo de estudio (Base de datos y correos electronicos enviados a los diferentes investigadores lideres de los proyectos finalizados)	3	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como hospital universitario	Avanzar en el cronograma establecido para el continuar ostentando el titulo de Hospital Universitario	Publicación de estudios de Investigación en Colciencias y en revistas médicas, de entidades reconocidas o de investigación	Estudios publicados	158	Solicitar a los investigadores que han desarrollado las investigaciones en el hospital, la publicacion de sus resultados mediante articulos en revisatas cientifcas	Dos articulos publicados en revistasd cientificas	2	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones de vida en el trabajo	Implementar acciones que mejoren la calidad de vida en el trabajo de los colaboradores que respondan a las necesidades identificadas desde diferentes fuentes de información como son: los resultados de las evaluaciones de seguridad y salud en el trabajo, encuestas de clima organizacional y la información de diferentes canales de comunicación de los trabajadores, entre otros.	Ampliar el portafolio de la oficina de educación continuada	Portafolio de la oficina de educación continuada	159	Fortalecer de manera semestral la divulgación del portafolio de de la Oficina de Educación Continuada a traves de los canales de comunicación con que cuenta la institución (redes sociales, infografias, pantallas televisores, notihospital y otros).	Evidencia de una divulgación semestral por los canales de comunicación institucionales (redes sociales, infografias, pantallas televisores, notihospital y otros) del del portafolio de de la Oficina de Educación Continuada	2	3/01/2019	31/12/2019	EDUCACION MEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Proyecto para la actualización del acelerador lineal de la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario de Neiva	Actualización de tecnología para la realización de radioterapia (tratamiento con radiación del Cáncer) en la Unidad del Hospital mediante la adquisición de un Acelerador Lineal de ultima tecnología.	Actualización del proyecto en metodología MGA con los respectivos soportes.	Equipo adquirido por el Hospital y puesto en funcionamiento al servicio de los usuarios.	160	Actualizar y radicar en la gerencia proyecto de inversión para la adquisición de un acelerador lineal para la unidad de cancerología del hospital.	Proyecto actualizado y radicado en la Gerencia del Hospital.	1	1/07/2019	31/12/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Realizar un proyecto de dotación y terminación de la torre Materno Infantil durante el 2017	Actualizar el proyecto de Dotación de la Torre Materno Infantil.	Gestión de recursos al Departamento del Huila del sistema General de Regalías.	Radicar proyecto de inversión al Departamento para gestión de recursos.	161	Elaborar y radicar proyecto una vez de alleguen la totalidad de los insumos requeridos para gestionar los recursos ante el Departamento del Huila y el Sistema General de Regalías para la dotación de técnologia biomedica para los servicios materno infantil.	Proyecto radicado en el Departamento del Huila y el Sistema General de Regalías una vez se alleguen la totalidad de los insumos requeridos para elaborar el proyecto	1	1/07/2019	31/12/2019	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Realizar un proyecto de dotación y terminación de la torre Materno Infantil durante el 2017	Actualizar el proyecto de Dotación de la Torre Materno Infantil.	Gestión de recursos al Departamento del Huila del sistema General de Regalías.	Radicar proyecto de inversión al Departamento para gestión de recursos.	162	Elaborar y radicar proyecto de infraestructura ante el Departamento del Huila para la terminación de la torre Materno Infantil	Evidencia del proyecto radicado de infraestructura para la terminación de la torre Materno Infantil ante el Departamento	1	1/01/2019	30/06/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Humanizar el ambiente físico	Diseñar la infraestructura hospitalaria, para alcanzar los requerimientos especiales y funcionales, incluyendo criterios básicos de humanización de ambientes, como la seguridad y la privacidad, y establecer acciones, medidas y comportamientos para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de la institución	Avanzar en la adecuación de espacios físicos humanizados para el cliente interno y externo. (Salas de espera, salas de actividades lúdicas con personal niños, descanso al personal, adolescente, comedores, salas de duelo, comunicar malas noticias, entre otras)	Espacios físicos readecuados	163	Requerir mediante oficio a la subgerencia administrativa - Infraestructura los siguientes insumos:Presupuestos, diseños, estudios de ingenieria para la elaboración de los proyectos (Sistema de emergencia, construcción de la red y extinción de incendios, construcción del bunker del acelerador lineal de la unidad de cancer, adecuación y rehabilitación de instalaciones electricas, construcción tanque de agua, diseños y estudios ténicos para la construcción primer piso, construcción de Planta tratamiento pozo profundo, modernización de redes hidrosanitarias), formular proyecto una vez se allegue la información a la oficina de Planeación.	Evidencia del requerimiento Proyectos formulados si se allega la totalidad de los insumos requeridos.	1	1/02/2019	31/12/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Humanizar el ambiente físico	Diseñar la infraestructura hospitalaria, para alcanzar los requerimientos especiales y funcionales, incluyendo criterios básicos de humanización de ambientes, como la seguridad y la privacidad, y establecer acciones, medidas y comportamientos para garantizar la salvaguarda y la dignidad de cada ser humano como usuario de la institución	Avanzar en la adecuación de espacios físicos humanizados para el cliente interno y externo. (Salas de espera, salas de actividades lúdicas con personal niños, descanso al personal, adolescente, comedores, salas de duelo, comunicar malas noticias, entre otras)	Espacios físicos readecuados	164	Solicitar a la subgerencia administrativa - Ingenieria Biomedica la relación de equipos y costos requeridos para la adecuación de la Unidad de Cuidados intermedios, equipos clinica del dolor y equipos para acreditación y habilitación y realización de las fichas técnicas y metodologia institucional.	Evidencia del requerimiento y elaboración de las fichas técnicas una vez de alleguen la totalidad de los insumos requeridos.	1	1/01/2019	30/06/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Formular proyectos para el desarrollo de nuevos servicios	Documentar y desarrollar proyectos asistenciales que respondan a las necesidades de servicios de salud de la región y de la institución, basados en los perfiles de morbimortalidad	Formular los proyectos según metodología y ficha adoptada por la institución.	Proyecto Formulado y actualizado	165	Formular los proyectos según metodología y ficha adoptada por la institución, según requerimiento y radicación en la Oficina de Planeación con los insumos necesarios para la formulación del mismo.	Evidencia de los proyectos formulados de acuerdo a la metodología adoptado por la institución, según requerimiento y radicación con los insumos necesarios para la formulación del mismo.	Según requerimientos	1/01/2019	30/12/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	166	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la oficina.	Según Informes	Según periodicidad	Según periodicidad	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Aplicar herramientas técnicas que nos permitan hacer un diagnóstico del estado actual del proceso de custodia, respaldo y confiabilidad de la información.	Diagnóstico de seguridad de la información realizado.	167	Solicitar al área de sistemas de información la relación de técnologia adquirir relacionada con la modernización del área y realización de las fichas técnias y metodologia institucional una vez se allegue la información solicitada	Evidencia del requerimiento y elaboración de las fichas técnicas una vez de alleguen la totalidad de los insumos requeridos.	1	1/01/2019	30/03/2019	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional.	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	168	Realizar la medición de los indicadores (Procesos, politicas, objetivos, entre otros) a cargo de la Oficina de Planeación, segùn la periodicidad establecida, incluidos los indicadores del programa de promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la Oficina de Planeación.	Según periodicidad	Según periodicidad	Según periodicidad	PLANEACION
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	169	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia en Acta de Autocontrol de la revisión, Formato de elaboración, ajuste o anulación de documental junto con el documento correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización según necesidad.	Según necesidad	1/01/2019	15/12/2019	PLANEACION
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	170	Tramitar las necesidades de creación, ajuste o anulación de documentos del Sistema de Gestión de calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según solicitud.	Formatos: Oficio de publicación y solicitud de socialización. Otros documentos del SGC: Acto administrativo de aprobación de documentos.	96% de solicitudes gestionadas	1/01/2019	15/12/2019	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Implementar un Programa de Educación al Usuario enfocado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Diseñar, implementar y evaluar un Programa de Educación al Usuario enfocado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la aplicación de la estrategia de IEC (información, educación, comunicación) como herramienta fundamental para la información y transmisión de conocimientos que promuevan la sensibilización y movilización de los individuos hacia el cambio de comportamientos y entornos saludables.	Implementar las estrategias y actividades propuestas en el Programa de Educación al Usuario	Evidencias de implementación de las estrategias y actividades propuestas en el Programa de Educación al Usuario	171	Realizar y ejecutar cronograma para operacionalizar la implementación de las estrategias del Programa de promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	Cronograma elaborado y evidencia de ejecución del cronograma para operacionalizar la implementación de las estrategias del programa de promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	Según cronograma	1/01/2019	1/12/2019	PLANEACION
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	172	Actualizar la Metodologia de Gestión del Riesgo de acuerdo a la normatividad vigente	Documento elaborado y aprobado	Documento aprobado	1/02/2019	30/04/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	173	Realizar auditoria a los registros documentales del SGC de la institución, a fin de verificar la aplicación de los formatos aprobados por la oficina de Planeación, asi como las buenas practicas definidas en el modelo de gestión documental y generar un informe de Auditoria documental y presentarlo a la Jefe de la Oficina de Planeación.	Informe de auditoria documental	1	1/05/2019	15/12/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	174	Aplicar un instrumento de evaluación a fin de medir el conocimiento de los colaboradores respecto a Plataforma Estratégica, procesos y procedimientos, riesgos de cada Area o unidad funcional.	Evaluaciones registradas por los colaboradores de cada area o unidad funcional según porcentaje definido por la oficina de Planeación.	Según muestra definida por la oficina de Planeación	1/06/2019	15/12/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	175	Socialización del ajuste a la Politica y Metodologia de Gestión del Riesgo a los líderes de las unidades funcionales.	Listado de Asistencia	80% de los líderes según estructura organica	1/06/2019	31/12/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	176	Consolidar el Plan de Acción Integrado MIPG para la vigencia 2019 y publicarlo en la página web.	Pla de Acción Integrado MIPG publicado en la pagina web	1	1/01/2019	31/01/2019	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	177	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	178	Elaborar la Estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción elaborado.	1	01/01/2019	31/01/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	179	Divulgar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano en la pagina web y a través del correo Institucional.	Evidencia de la Divulgación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a través de la pagina web a través del correo Institucional.	1	01/01/2019	31/01/2019	PLANEACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Centrar los procesos de atención en el usuario y su familia	Reestructurar los procesos asistenciales con el fin de dar respuesta a las necesidades del usuario y su familia, lo que implica contar con un modelo de atención centrado en el paciente y su familia, alinear los procesos asistenciales con los propósitos del modelo de atención, desarrollar programas y demás estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de salud de los usuarios, acondicionar la infraestructura y contar con los insumos, tecnología y demás requerimientos para garantizar una atención centrada en el usuario; que tenga como objetivo lograr una atención humanizada, desarrollar en los usuarios o sus cuidadores habilidades y destrezas necesarias para participar del proceso de atención, fortalecer su autocuidado y estimular un cambio en los estilos de vida saludables.	Desarrollar habilidades de comunicación en los colaboradores, con el fin de mejorar la calidad de la educación brindada al usuario articulado al Plan de Capacitación Institucional	Evidencias de capacitación en temas relacionados a Desarrollar habilidades de comunicación en los colaboradores.	180	Elaborar y socializar la Metodologia IEC (Información, Educación y Comunicación) a los líderes de las Unidades Funcionales	Documento elaborado y aprobado Listado de Asistencia	Un documento elaborado El 90% de los líderes de las Unidades Funcionales capacitados en la Mtodologia IEC	1/06/2019	31/12/2019	PLANEACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	181	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo del área de facturación	Evidencia del reporte oportuno, Evidencias enviadas al área de control interno y planeación.	5	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	182	Realizar la medición y analisis de los indicadores a cargo de Facturación, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion y analisis de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	183	Realizar la socializacion de los procesos y procedimientos actualizados de Facturación al personal nuevo de facturación.	Evidencia de socialización de procesos y procedimientos, al personal nuevo de facturación.	Según personal nuevo vinculado a la empresa	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los procesos de facturación	Realizar una evaluación al proceso de facturación con el fin de identificar los problemas de demora en el cargue de los servicios, el cierre de la factura y generación de la cuenta a la EPS, al igual que las causas de glosa, entre otros temas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar el proceso de facturación de servicios	Acciones de mejora para intervenir en el proceso de facturación de servicios	184	Facturar el 100% de todos los servicios efectivamente prestados por el Hospital y generar informe mensual con destino a la subgerencia financiera.	Informe mensual presentado a la subgerencia financiera	12	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	185	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Capacitación para estandarización y mejora de procesos.	Evidencias de actas de capacitación	186	Realizar, divulgar y ejecutar el cronograma del Plan de Capacitación anual del área de facturación, incluye entre otros temas Plataforma estrategica Institucional HUHMP, procesos y riesgos del Área de Facturación.	Plan de capacitación elaborado, divulgado y evidencia de la ejecución del plan de capacitación según cronograma.	Plan Anual + Divulgacion mensual, ejecución según cronograma	1/02/2019	31/12/2019	FACTURACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Capacitación para estandarización y mejora de procesos.	Evidencias de actas de capacitación	187	Realizar evaluación teórico práctica al personal capacitado.	Evaluaciones al personal capacitado.	Según personal capacitado	1/02/2019	31/12/2019	FACTURACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	188	Realizar los comites internos de Autocontrol y Mejoramiento de Facturacion, de acuerdo con el cronograma establecido, desarrollando el plan de trabajo definido en el area.	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	FACTURACION
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Estructurar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la evaluación.	Acciones de mejora.	189	Estructurar e implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la evaluación del Plan de Comunicación institucional 2018 siempre y cuando los resultados no superen el 65% de satisfacción.	Plan de mejora estructurado y evidencias de la implementación según resultados de la evaluación del Plan de Comunicación institucional 2018	Según resultados de la evaluación	1/03/2019	30/05/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Realizar diagnóstico interno de necesidades de comunicación Institucional.	Consolidado diagnostico de necesidades.	190	Solicitar y recepcionar las necesidades de comunicación institucional para la vigencia 2019	Evidencia de la solicitud de las necesidades de comunicación institucional y formatos diligenciados.	1	1/08/2019	30/09/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Estructurar el Plan de comunicaciones y Gestionar ante la alta dirección su aprobación.	Plan de comunicación organizacional, informativa y de medios de comunicación.	191	Estructurar el Plan de comunicaciones 2020 y Gestionar ante el Comité de MIPG su aprobación.	Plan estructurado y aprobado para la vigencia 2020	1	1/09/2019	31/10/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Socializar el plan de comunicación institucional.	Listados y/o Actas de socialización del Plan de Comunicación.	192	Divulgar el plan de comunicación institucional con los involucrados en el mismo, a través del correo electrónico.	Evidencias de la divulgación del Plan de comunicación institucional a través del correo electrónico.	1	1/10/2019	30/11/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Implementar el Plan de Comunicación.	Informe de seguimiento a la implementación del plan de comunicación.	193	Implementar el Plan de Comunicación 2019 y generar informe cuatrimestral de ejecución y presentarlo en comité de MIPG.	Informes cuatrimestrales de ejecución y evidencia de socialización.	3	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Evaluar la efectividad del Plan de comunicación Institucional.	Informe de evaluación de efectividad del Plan de comunicaciones.	194	Aplicar encuestas para evaluar efectividad del Plan de de comunicación institucional 2019 al cliente interno y externo de acuerdo a una muestra aleatoria.	Evidencia de encuestas aplicadas	Según muestra	1/11/2019	31/12/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Evaluar la efectividad del Plan de comunicación Institucional.	Informe de evaluación de efectividad del Plan de comunicaciones.	195	Tabular encuestas aplicadas para evaluar efectividad del Plan de comunicación institucional 2018.	Archivo de base de datos en EPI INFO de la tabulación.	1	1/01/2019	30/01/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer el plan de comunicación organizacional e informativa.	Fortalecer el proceso de comunicación en la institución, mejorando el clima organizacional, facilitando el flujo de información a nivel interno y externo, el acceso a la información y la racionalización de los diferentes canales de comunicación institucional.	Evaluar la efectividad del Plan de comunicación Institucional.	Informe de evaluación de efectividad del Plan de comunicaciones.	196	Analizar los resultados de las encuestas aplicadas para evaluar efectividad del Plan de comunicación institucional 2018 y elaborar informe anual de evaluación	Informe anual de evaluación 2018.	1	1/01/2019	28/02/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Elaborar análisis del portafolio de servicios	En consonancia con la visión institucional el Hospital debe consolidar su portafolio con servicios de alta complejidad y fortalecer los existentes de tal manera que responda a las necesidades en salud de los clientes, por lo cual es importante elaborar un estudio que permita identificar las oportunidades de negocio en cuanto al crecimiento o desarrollo de un Portafolio de Servicios de alta complejidad, lo anterior basado en las necesidades de salud de la población (atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad), al igual que en la demanda de servicios existentes en el departamento y la región; dicho estudio también debe incluir los servicios de mediana y alta complejidad existentes en la institución a fin de fortalecerlos y como resultado final se de llegar a un propuesta económica y operativa de cuáles serían estos servicios existentes y cuáles se deben crear, lo anterior con el fin de	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	197	Actualizar y/o elaborar los cuadernillos correspondientes a: Unidad de Cancerología, Programa Canguro, Unidad de Resonancia.	Cuadernillos del Portafolio actualizados	3	1/06/2019	31/12/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Elaborar análisis del portafolio de servicios	En consonancia con la visión institucional el Hospital debe consolidar su portafolio con servicios de alta complejidad y fortalecer los existentes de tal manera que responda a las necesidades en salud de los clientes, por lo cual es importante elaborar un estudio que permita identificar las oportunidades de negocio en cuanto al crecimiento o desarrollo de un Portafolio de Servicios de alta complejidad, lo anterior basado en las necesidades de salud de la población (atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad), al igual que en la demanda de servicios existentes en el departamento y la región; dicho estudio también debe incluir los servicios de mediana y alta complejidad existentes en la institución a fin de fortalecerlos y como resultado final se de llegar a un propuesta económica y operativa de cuáles serían estos servicios existentes y cuáles se deben crear, lo anterior con el fin de	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	198	Divulgar el portafolio institucional integral a través de los canales de comunicación institucional (pagina web, correo electrónico, carteleras digitales, redes sociales).	Portafolio ofertado a través de 5 canales de comunicación institucional.	Portafolio divulgado en los cinco canales	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Elaborar análisis del portafolio de servicios	En consonancia con la visión institucional el Hospital debe consolidar su portafolio con servicios de alta complejidad y fortalecer los existentes de tal manera que responda a las necesidades en salud de los clientes, por lo cual es importante elaborar un estudio que permita identificar las oportunidades de negocio en cuanto al crecimiento o desarrollo de un Portafolio de Servicios de alta complejidad, lo anterior basado en las necesidades de salud de la población (atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad), al igual que en la demanda de servicios existentes en el departamento y la región; dicho estudio también debe incluir los servicios de mediana y alta complejidad existentes en la institución a fin de fortalecerlos y como resultado final se de llegar a un propuesta económica y operativa de cuáles serían estos servicios existentes y cuáles se deben crear, lo anterior con el fin de	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	199	Ofertar el portafolio de servicios institucional a los clientes corporativos del hospital.	Evidencia de la remisión del portafolio a los clientes corporativos del hospital por correo electrónico y/o correo físico	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Diseñar e implementar un Plan de Mercadeo para el cuatrienio	El Diseño y la implementación del plan de Mercadeo del Hospital para el cuatrienio, tiene como fin contribuir a su posicionamiento con base sólida, eficiente y rentable, mediante el diseño de estrategias que contribuyan a su posicionamiento y liderazgo a nivel regional.	Ejecutar el Plan de Mercadeo.	Plan de mercadeo ejecutado.	200	Ejecutar el Plan de Mercadeo según cronograma y realizar Informe semestral de ejecución y presentarlo a la Gerencia.	Informe semestral de ejecución del plan de mercadeo y evidencia de presentación a la Gerencia.	2	1/06/2019	31/12/2019	Mercadeo
1-APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	201	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la Oficina de Mercadeo, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de Mercadeo.	12	1/01/2019	30/12/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2-PROCESOS INTERNOS	B7.Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Identificar, actualizar o crear procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario, según exigencias de los estándares de Acreditación.	Procesos y procedimientos asistenciales actualizados o creados	202	Revisar, ajustar y socializar los procesos y procedimientos si es necesario.	Evidencia en Acta de Autocontrol de la revisión y/o socialización de los Procesos y procedimientos.	1	1/02/2019	30/02/2019	Mercadeo
2-PROCESOS INTERNOS	B7.Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales adoptados mediante acto administrativo	Gestionar ante la Oficina de planeación el Acto Administrativo que adopte los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	203	Gestionar la aprobación de los Procesos y Procedimientos ante la Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional si es necesario.	Solicitud de ajuste si es necesario en el formato establecido "SOLICITUD DE ELABORACION, AJUSTE O ANULACION DOCUMENTAL"	Según necesidad	1/03/2019	30/03/2019	Mercadeo
2-PROCESOS INTERNOS	B7.Mejorar la Continuidad de la Atención	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	204	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades de los clientes corporativos según corresponda captadas a través de la encuesta aplicada anualmente al cliente corporativo	Herramienta diligenciada con las necesidades captadas y registradas en el Informe de evaluación de satisfacción del cliente corporativo	1	1/01/2019	1/06/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer los mecanismos de escucha activa al usuario y sus familias	Comprende identificar nuevas estrategias y canales de comunicación que permitan conocer las manifestaciones de los usuarios (Quejas, Sugerencias o Reconocimientos) basado en el tipo de usuario atendido en el hospital, es decir que tenga en cuenta su nivel socio económico, preferencias culturales y nivel de escolaridad; lo anterior con el fin de poder mejorar los procesos institucionales de cara al usuario.	Proponer nuevas estrategias y canales de comunicación, y fortalecer los mecanismos de escucha activa existentes en el hospital, con base en las necesidades y expectativas Identificadas en los usuarios y el estudio de tipificación	Evidencias de implementación de nuevas estrategias y canales de comunicación con los usuarios y su familia.	205	Actualizar y socializar la caracterización de clientes corporativos	Documento actualizado y evidencia de socialización	1	1/05/2019	30/08/2019	Mercadeo
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Aplicación de instrumentos de evaluación (Encuesta de Satisfacción) a los grupos de interés de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	206	Aplicar la encuesta de satisfacción al 90% de los clientes corporativos con relación contractual durante la vigencia 2018.	Evidencia de Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra.	90% clientes corporativos	1/09/2019	31/12/2019	Mercadeo
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	207	Estructurar un informe anual de evaluación del nivel de satisfacción del cliente corporativo vigencia 2019 y socializarlo ante el comité de MIPG	Un Informe anual de evaluación del nivel de satisfacción del cliente corporativo Un informe socializado en comité de MIPG	1	1/12/2019 Según fecha del comité	30/12/2019 Según fecha del comité	Mercadeo
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer los mecanismos de escucha activa al usuario y sus familias	Comprende identificar nuevas estrategias y canales de comunicación que permitan conocer las manifestaciones de los usuarios (Quejas, Sugerencias o Reconocimientos) basado en el tipo de usuario atendido en el hospital, es decir que tenga en cuenta su nivel socio económico, preferencias culturales y nivel de escolaridad; lo anterior con el fin de poder mejorar los procesos institucionales de cara al usuario.	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación	Evidencias de acciones de mejora formuladas e implementadas	208	Estructurar e implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de evaluación del nivel de satisfacción del cliente corporativo vigencia 2018 siempre y cuando los resultados no superen el 60% de satisfacción.	Plan de mejora estructurado y evidencias de la implementación según resultados de evaluación del nivel de satisfacción del cliente corporativo vigencia 2018	Según resultados de la evaluación	1/03/2019	30/05/2019	Mercadeo
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12.Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgos por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito de evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	209	Actualizar y socializar, en caso de requerirse, las matrices de riesgo de los procesos a cargo de la unidad, de acuerdo a la metodologia Institucional de Administración de gestión del riesgo	Evidencias de la actualización o socialización, de las matrices de riesgo por proceso.	Según necesidad	1/03/2019	30/03/2019	Mercadeo
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12.Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	210	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	Según periodicidad	Según periodicidad	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3-RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14.Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Revisar tarifas ofertadas a las diferentes EPS.	Evidencias de tarifas revisadas y ajustadas	211	Realizar el Sondeo de tarifas del mercado de por lo menos un (01) referente de tarifas del servicio costeado y registrar en el formato establecido "SOLICITUD AUTORIZACION TARIFA INSTITUCIONAL" según necesidad de ajuste o creación de tarifas.	Formato de solicitud Autorización tarifa Institucional diligenciado según necesidad de ajuste o creación de tarifas.	según necesidad de ajuste o creación de tarifas.	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	212	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área a los colaboradores de la Oficina de Mercadeo	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	213	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	MERCADEO
4-VISIÓN Y MISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	214	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo
4-VISIÓN Y MISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado	215	Ejecutar las actividades de los planes de mejora resultantes de la autoevaluación de estandares de acreditación y que sean responsabilidad de la Oficina de Mercadeo	Evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora	Según Plan de Mejora	1/01/2019	31/12/2019	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4-VISIÓN Y MISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Ejercicios de Referenciación Comparativa con entidades identificados como mejor práctica	Ejercicios de referenciación realizados, Informes elaborados y buenas prácticas analizadas y de considerarlo pertinente, adoptadas	216	Estructurar el plan de referenciación comparativa institucional.	Plan de referenciación institucional estructurado.	1	1/02/2019	15/04/2019	Mercadeo
4-VISIÓN Y MISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Ejercicios de Referenciación Comparativa con entidades identificados como mejor práctica	Ejercicios de referenciación realizados, Informes elaborados y buenas prácticas analizadas y de considerarlo pertinente, adoptadas	217	Gestionar aprobación del plan de referenciación comparativa ante la Gerencia.	Plan de referenciación institucional aprobado.	1	15/04/2019	30/04/2019	Mercadeo
4-VISIÓN Y MISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Ejercicios de Referenciación Comparativa con entidades identificados como mejor práctica	Ejercicios de referenciación realizados, Informes elaborados y buenas prácticas analizadas y de considerarlo pertinente, adoptadas	218	Socializar el Plan de referenciación comparativa institucional estructurado al 100% de los involucrados en el mismo.	Evidencias de socialización del Plan de Referenciación.	1	1/05/2019	31/05/2019	Mercadeo
4-VISIÓN Y MISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Ejercicios de Referenciación Comparativa con entidades identificados como mejor práctica	Ejercicios de referenciación realizados, Informes elaborados y buenas prácticas analizadas y de considerarlo pertinente, adoptadas	219	Hacer seguimiento semestral a la Implementación del plan de referenciación comparativa y generar informe	Informes semestrales de seguimiento	2	1/06/2019	31/12/2019	Mercadeo
4-VISIÓN Y MISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	220	Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a cargo de la oficina de Mercadeo y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	Enero	Diciembre	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	221	Identificar los indicadores a cargo de Gestión Documental correspondientes a los Procesos, objetivos estrategicos y Politicas Institucionales y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH.	Indicadores identificados Fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores por acto administrativo.	Indicadores identificado con fichas técnnicas elaboradas y aprobadas	1/01/2019	30/03/2019	GDOCUMENTAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	222	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Gestión Documental, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	30/12/2019	GDOCUMENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	223	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	224	Elaborar, publicar e implementar el Plan Institucional el Plan Institucional de Archivos y hacer seguimiento según la periodicidad establecida.	Plan Institucional de Archivos elaborado y publicado y con seguimiento según la periodicidad establecida en el plan.	Plan Elaborado y Publicado a 31/01/2019	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las	Formular e implementar un proceso que permita detectar	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente	225	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del	Herramienta diligenciada y Actas de autocontrol y	12	1/03/2018	1/12/2018	GDOCUMENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y	Matrices de Riesgo actualizadas	226	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo de Gestión Documental de	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada	1	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	227	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	228	Realizar de manera semestral educación continua a los colaborares del área de Gestión Documental en el componente de Plataforma estrategica y los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	229	Capacitar al 100% de unidades funcionales en el puesto de trabajo acerca del modelo de gestión documental y verificar el cumplimiento dejando evidencia del avance en actas de comité de autocontrol	Lista de asistencia y lista de chequeo donde se registra la capacitación y verificación del cumplimiento.	100% Unidades	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	230	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	231	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	232	Socializar el Plan Anticorrupción y/o Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de socializacion del Plan anticorrupción y/o de la ejecución de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano junto conla presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	233	Verificar la implementación del software de gestión documental en el 80% de las unidades funcionales de la Institución y emitir informes a la gerencia acerca del cumplimiento .	Emitir dos informes (Semestrales) acerca del cumplimiento del software de gestión documental.	2	1/01/2019	31/12/2019	GDOCUMENTAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	234	Identificar los indicadores a cargo de Almacen (En Procesos) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH.	Indicadores identificados Fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores por acto administrativo.	Identificacion de los Indicadores a cargo del área con las respectivas fichas aprobadas.	Enero	Abril	ALMACEN
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	235	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	Medición y Socialización de los indicadores aprobados según su periodicidad.	Enero	Diciembre	ALMACEN

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	236	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	(1) Revisión y ajuste de los (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad del àrea.	Enero	Diciembre	ALMACEN
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	237	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo de almacen , de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	(1) Actualizaciòn de la matriz de riesgos de los procesos con la metodologia vigente.	Enero	Diciembre	ALMACEN
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	238	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	3	Enero	Diciembre	ALMACEN
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	239	Realizar de Manera semestral educación continua a los colaboradores del área de almacen en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área a los colaboradores del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	Junio	Diciembre	ALMACEN
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	240	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	Enero	Diciembre	ALMACEN
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	241	Socializar el Plan Anticorrupción y/o Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de socializacion del Plan anticorrupción y/o de la ejecución de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano junto conla presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2018	31/12/2018	ALMACEN

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	242	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Evidencias de Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	12	Enero	Diciembre	ALMACEN
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión par el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	243	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos. Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad, si se requiere.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad Plan de Mejoramiento	3	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	244	Identificar los indicadores a cargo del Servicio (En Procesos, objetivos estrategicos) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH.	Indicadores identificados y socializados en subcomite de autocontrol. Fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores por acto administrativo.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	245	Realizar la medición de los indicadores a cargo del servicio, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	246	Socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos). Crear, actualizar y gestionar aprobacion documentos de SGC si se requiere.	Listado de asistencia a la socialización en acta de subcomite autocontrol de los documentos vigestes.	1	1/01/2019	30/04/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	247	Identificar los costos de no calidad en el servicio y reportarlos de manera cuatrimestral a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia del reporte de los costos de no calidad de manera cuatrimestral a la Subgerencia Técnico Científica.	3	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de baja productividad o utilización de los servicios priorizados	Acciones de mejora formuladas e implementadas	248	Revisar cuatrimestralmente la productividad del servicio, analizar resultados y formular acciones de mejora de los indicadores plan desarrollo objetivo B8: que para la UTR aplican: Promedio estancia Paciente y Proporción de Recursos perdidos por Costos de No Calidad (Institucional y por servicio)	Evidencia de la revisión cuatrimestral en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento.	3	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de baja productividad o utilización de los servicios priorizados	Acciones de mejora formuladas e implementadas	249	Realizar una estrategia de promocion de la donacion de organos y tejidos con fines de trasplante (video o charlas educativas, etc) con usuarios.	Evidencia de la estrategia implementada de promocion de la donacion de organos y tejidos con fines de trasplante.	1	1/02/2019	31/10/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Informar a cada una de la unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	Evidencias de información a cada una de las Unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	250	Analizar semestralmente el informe de costos de operación y facturación de servicios y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis semestral realizado sobre el informe de costos de operación y facturacion de servicios.	2	1/06/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar el proceso de rotación de cama	Incluye evaluar e intervenir las causas de la estancia no pertinente que estén bajo el control del hospital	Identificar las principales causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente	Causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados	251	Medir y analizar las causas de estancia no justificada de manera trimestral de paciente trasplantado hospitalizado.	Documento trimestral de medicion y analisis de estancias no justificadas enviado a la Subgerencia Tecnica.	4	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos interservicios implementados y evaluados.	252	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía y Hospitalizacion)	Acta de Acuerdos interservicios estructurados.	3	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	253	Realizar cada cuatro meses seguimiento a los compromisos de los planes de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas) teniendo en cuenta los Acuerdos Interservicios	Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento cuatrimestral a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad.	3	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	254	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica adjuntando acta de concenso en la cual se evidencia la concertación previa del documento.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de la Guía a actualizar y del Instrumento a adoptar y aprobar.	2	1/05/2019	30/06/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	255	Desarollar la elaborción, actualización o adopción de las GPC o protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado de guias identificadas	Desarrollo de la actualización de la Guía Practica de Trasplante con Donante Cadavérico y elaboración del Instrumento para Seguimiento de pacientes en Lista de Espera actualizados soportados en acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	2	1/03/2019	30/04/2019	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	256	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Listado de guias y protocolos que requieran elaborar, actualizar o adoptar. Incluir la actualizacion de la Guia Practica de Trasplante con Donante Cadaverico y la elaboracion del Instrumento para el Seguimiento a los Pacientes en Lista de Espera para Trasplante.	1	1/01/2019	28/02/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	257	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización en comité de trasplante y subcomite autocontrol de las Guía de Practica Clínica e Instrumento de seguimiento a los pacientes en lista de espera aprobados.	2	1/07/2019	31/08/2019	UNIDAD TRASPLANTES
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	258	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garantia de la Calidad	Planes de mejora formulados avalados por el equipo auditor de Garantia Calidad según necesidad	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	259	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	260	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada según requerimientos que se tengan y Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Fortalecer el enfoque preventivo del modelo de atención	El enfoque de los procesos de atención al usuario deben estar complementados con una orientación hacia la promoción de la salud, la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad y el autocuidado, esto hará que tengamos pacientes más comprometidos con su estado de salud.	Socializar e implementar el modelo de atención definido por el hospital	Evidencias de socialización e implementación del Modelo de Atención	261	Socializar e implementar el modelo de atención definido por el hospital	Evidencias de socialización e implementación del Modelo de Atención	1	1/07/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	262	Diseñar e implementar seis actividades de autocuidado que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Evidencias de Actidades implementadas para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios como apoyo a su proceso o tratamiento de recuperacion.	6	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	263	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo del servicio, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	1	1/06/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	264	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Desarrollar e implementar estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	Evidencias de la implementación de las estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	265	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	266	Analisis y plan de mejora de los sucesos de seguridad del paciente presentados en el servicio y reportados según ocurrencia.	Plan de mejora de los analisis de sucesos de seguridad ocurridos en el servicio registrados en la HERRAMIENTA DE ANALISIS (Garantia Calidad)	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	267	Realizar de manera semestral y/o en caso de modificaciones educación continua al personal de la unidad de trasplante en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar semestralmente capacitaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	268	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Estretegias implementadas e indicadores que soportan la disminución	269	Implementar y socializar anualmente en la unidad funcional, una estrategia para impulsar la disminución del consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Evidencia en acta de subcomite de autocontrol,la socialización de la estretegia implementada y e indicadores que soportan la disminución	1	1/04/2019	30/04/2019	UNIDAD TRASPLANTES
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	270	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual incluyendo oficios internos. (semestral)	Evidencias de Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual con la cantidad de impresiones que reporte la impresora laser de la UTR.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD TRASPLANTES
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión par el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	271	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos. Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Diligenciamiento del formato-lista de chequeo cuando se realicen las rondas de seguridad de forma trimestral y realizar Plan de Mejoramiento trimestral si asi se requiere.	4	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	272	Identificar los indicadores a cargo del Servicio (En Procesos, objetivos estrategicos) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH.	Listado de Indicadores identificados socializados en subcomite de autocontrol. Fichas técnicas elaboradas. Si hay indicadores nuevos, evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas por acto administrativo.	1	1/01/2019	28/02/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	273	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la Unidad Cardiovascular, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina de forma mensual.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	274	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Socializacion semestral de los documentos del SGC y en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Si se requiere, Formatos de elaboración, ajuste o anulación de documentos nuevos junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	275	Identificar los costos de no calidad en el servicio y reportarlos de manera semestral a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia del reporte de los costos de no calidad de manera semestral a la Subgerencia Técnico Científica.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de baja productividad o utilización de los servicios priorizados	Acciones de mejora formuladas e implementadas	276	Revisar el indicador de productividad del servicio, analizar resultados y formular acciones de mejora según corresponda	Evidencia de la revisión de la productividad del servicio en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento mensualmente.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Informar a cada una de la unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	Evidencias de información a cada una de las Unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	277	Analizar semestralmente el informe de costos de operación y facturación de servicios y dejar evidencia en actas de reunión	Evidencia en actas de reunión del analisis realizado del informe de costos.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos interservicios implementados y evaluados.	278	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Hospitalización, Uci Adultos.)	Acuerdos interservicios estructurados con hospitalización/uci adultos	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	279	Realizar seguimiento a los compromisos de los planes de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas) teniendo en cuenta los Acuerdos Interservicios	Acta de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a interconsulta - asignacion de citas y cirugias de revascularizacion miocardica y a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad si es pertinente.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	280	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Listado socializado en subcomite de autocontrol de las Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse, o que esten aprobadas para socializar en el servicio.	1	1/01/2019	28/02/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	281	Socializar semestralmente las GPC que hayan sido aprobadas.	Evidencia de Socialización semestral de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Socializaciòn de la GPC según listado	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	282	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garantia de la Calidad	Plan de mejora formulado y consolidado con loas acciones de mejora avaladas por el equipo auditor de Garantia Calidad	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	283	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis mensual del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	284	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y socializada mensualmente en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	285	Diseñar e implementar una estrategia semestral que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñada e implementada	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	286	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo del servicio, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	287	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos en la matriz y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Desarrollar e implementar estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	Evidencias de la implementación de las estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	288	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios. Un consolidado con la evidencia del reporte de los eventos.	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	289	Analisis y plan de mejora mensual de los sucesos de seguridad del paciente presentados en el servicio y reportados según ocurrencia.	Plan de mejora mensual de los analisis de sucesos de seguridad ocurridos en el servicio registrados en la HERRAMIENTA DE ANALISIS (Garantia Calidad)	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	290	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/06/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	291	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Estretegias implementadas e indicadores que soportan la disminución	292	Implementar y socializar semestralmente en la unidad funcional, una estrategia para impulsar la disminución del consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Evidencia en acta de subcomite de autocontrol, la socialización de la estretegia implementada.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	293	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual de oficios internos.	Evidencias de Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual (gestión documental, correos electrónicos) semestral)	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD CARDIOVASCULAR
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	294	Identificar y consolidar los reportes de información y/o Informes institucionales de obligatorio cumplimiento con destino a las entidades de Inspección vigilancia y Control durante la vigencia.	Consolidar los reportes de información y/o Informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la oficina Asesora Juridica.	1	1/02/2019	1/12/2019	JURIDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	295	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina Juridica.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Oficina de Juridica.	Según periodicidad establecida para cada uno	1/01/2019	1/12/2019	JURIDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	296	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la oficina Juridica, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	11	1/02/2019	1/12/2019	JURIDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	297	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necedidad	1/02/2019	1/12/2019	JURIDICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	298	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	1/12/2019	JURIDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	299	Realizar de manera semestral socialización al personal del área de Juridica en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Listados de asistencia del personal socializado.	2	1/01/2019	1/12/2019	JURIDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	300	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/201	31/12/2019	JURIDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	301	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	1/12/2019	JURIDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	302	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia del documento SGC ajustado creado y socilizado en acta de sub comité autocontrol. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según necesidad	1/02/2019	31/12/2019	SIAU
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Aplicación de instrumentos de evaluación (Encuesta de Satisfacción) a los grupos de interés de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	303	Aplicar encuestas mensuales para medir la satisfacción de los usuarios de acuerdo a la muestra establecida, generar informe y socializarlo a los lideres de las unidades funcionales y alta gerencia.	Informe de encuestas de satisfacción al usuario y evidencia del envío mensual a los lideres de las unidades y alta gerencia.	12	1/02/2019	31/12/2019	SIAU
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	304	Realizar la medición de los indicadores a cargo del SIAU contenidos en los procesos, objetivos estrategicos, politicas institucionales y de obligatorio cumplimiento, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/02/2019	31/12/2019	SIAU
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer los mecanismos de escucha activa al usuario y sus familias	Comprende identificar nuevas estrategias y canales de comunicación que permitan conocer las manifestaciones de los usuarios (Quejas, Sugerencias o Reconocimientos) basado en el tipo de usuario atendido en el hospital, es decir que tenga en cuenta su nivel socio económico, preferencias culturales y nivel de escolaridad; lo anterior con el fin de poder mejorar los procesos institucionales de cara al usuario.	Adelantar entre los usuarios y cliente interno una campaña de difusión de los diferentes mecanismos implementados de escucha activa con el usuario y su familia (nuevos y existentes).	Evidencias de la implementación de la campaña de difusión de los diferentes mecanismos de escucha activa con el usuario y su familia	305	Realizar una Publicación semestral en el NotiHospital, NotiUsuarios de los mecanismos de escucha. (1 en el primer semestre y la otra en el segundo semestre).	Evidencias de publicación en notiHospital, NotiUsuarios.	4	1/02/2019	31/12/2019	SIAU

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer los mecanismos de escucha activa al usuario y sus familias	Comprende identificar nuevas estrategias y canales de comunicación que permitan conocer las manifestaciones de los usuarios (Quejas, Sugerencias o Reconocimientos) basado en el tipo de usuario atendido en el hospital, es decir que tenga en cuenta su nivel socio económico, preferencias culturales y nivel de escolaridad; lo anterior con el fin de poder mejorar los procesos institucionales de cara al usuario.	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación	Evidencias de acciones de mejora formuladas e implementadas	306	Realizar planes de Mejora a los hallazgos de PQRSF que se repitan mas de una vez para el area.	Plan de mejora elaborado e implementado y socializacion en acta de subcomite de autocontrol.	Según Hallazgos	1/01/2019	31/12/2019	SIAU
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Ajustar los procesos de atención con el fin de incluir actividades orientadas a brindar información y capacitación durante todo el continuo de la atención al paciente, es decir al momento del ingreso, la atención, el egreso y la salida.	Procesos de atención ajustados	307	Desarrollar 4 jornadas educativas de difusión de los deberes y derechos en los diferentes servicios de la institución.	Registro fotográfico de las actividades.	4	1/01/2019	31/12/2019	SIAU
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	308	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	309	Divulgar la Politica de Responsabiliad Social a los grupos de valor a traves de los diferentes mecanismos con que cuenta la institución (Pagina web, Notiusuarios, Notihospital y redes sociales).	Evidencias de la divulgación de la politica de Responsabilidad Social Empresarial a traves de los mecanismos de comuniación con que cuenta la institución.	1	1/03/2019	31/12/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	310	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área del SIAU en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	311	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	SIAU

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	312	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	313	Ejecutar las actividades de los planes de mejora resultantes de la autoevaluación de estandares de acreditación remitido por la oficina de Calidad.	Evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora remitido por la oficina de Calidad	Según Plan de Mejora	1/01/2019	31/12/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Responsabilidad Social	Diseñar, desarrollar e implementar un programa que responda a los pilares de Responsabilidad Social de una Institución de Salud, con el fin de alinearlo al propósito del eje de acreditación y la ISO 26000 versión 2011	Implementar y divulgar cada una de las estrategias del Programa de Responsabilidad Social y del Código de Ética y Conducta	Programa de Responsabilidad Social y código de conducta divulgado e implementado.	314	Gestionar la aprobación del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial y hacer la divulgación a traves de los canales de comunicación institucional una vez esten aprobadas .	Evidencia de la gestión realizada para la aprobación del programa. Evidencia de la divulgación del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial una vez aprobado.	Programa aprobado y divulgado	1/05/2019	30/11/2019	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Responsabilidad Social	Diseñar, desarrollar e implementar un programa que responda a los pilares de Responsabilidad Social de una Institución de Salud, con el fin de alinearlo al propósito del eje de acreditación y la ISO 26000 versión 2010	Evaluar el cumplimiento de cada una de las estrategias del Programa de Responsabilidad Social y el Código de Ética y Conducta	Informe de Evaluación estrategias del Programa de Responsabilidad Social y el Código de Ética y Conducta	315	Hacer seguimiento al cumplimiento del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial y presentar un informe final anual al comité de Gestión y desempeño.	Un Informe anual de cumplimiento del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial presentado al comité de Gestión y desempeño.	1	1/11/2019	31/12/2019	SIAU
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Realizar informes periódicos relacionados con la producción, costos y gastos	Informes de producción, costos y gastos oportunamente generados y presentados	316	Realizar un informe trimestral de los costos administrativos, logisticos y resultado operacional de los centros de producción operativos y unidades funcionales, con el fin de identificar servicios con mayor y menor margen financiero que incluya analisis de resultados y socialización con el Gerente, Subgerentes y coordinadores de servicios.	(4) informes trimestrales de producción, costos y Gastos, correspondientes al IV Trimestre de 2018, I, II y III Trimestre de 2019	4	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	317	Realizar la medición de los indicadores a cargo del área de Costos, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	318	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización, según necesidad.	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Medición de los Costos de NO CALIDAD e informar a las unidades funcionales	Costos de NO CALIDAD cuantificados	319	Elaborar y divulgar formato de solicitud o captura de datos para la cuantificacion de costos de no calidad.	Formato elaborado, aprobado y divulgado por correo a las unidades funcionales que se requieran	1	1/01/2019	31/03/2019	COSTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Hacer seguimiento a los indicadores de productividad de por cada centro de costo	Seguimiento a los indicadores de productividad por cada centro de costo	320	Hacer seguimiento a los indicadores de productividad de por cada centro de producción	Evidencia de Seguimiento a los indicadores de productividad por cada centro de produccion en los (4) informes trimestrales de costos presentados a gerencia, correspondientes al IV Trimestre de 2018, I, II y III Trimestre de 2019.	4	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	321	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	322	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Costos en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	COSTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	323	Realizar el comité de autocontrol y reunión de grupo de costos, de acuerdo con el cronograma establecido desarrollando el plan de trabajo definido.	Actas del comité de autocontrol y reunión de grupo de costos.	12	1/01/2019	31/12/2019	COSTOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	324	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo del área contable.	Evidencia del reporte oportuno.	Según número de informes Identificados	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	325	Gestionar la Publicación de los contenidos propios de cada unidad, acorde a los lineamientos a la ley 1712 de 2014 y la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Evidencia envío estados Financieros a Revisoría Fiscal	12	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Realizar informes periódicos relacionados con los indicadores que evalúan la gestión del Gerente	Informes de gestión del Gerente oportunamente generados y presentados	326	Certificar mensualmente el monto de la deuda por concepto de salarios y contratación externa y entregar certificado a sistemas de información.	Evidencia de los certificados entregados	12	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	327	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área de Contabilidad, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	Según Periodicidad	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	328	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia en Acta de Autocontrol de la revisión y socialización de documentos de SGC. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documental junto con el documento correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización según necesidad.	1	1/01/2019	30/04/2019	CONTABILIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	329	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según Periodicidad	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Capacitación para estandarización y mejora de procesos.	Evidencias de actas de capacitación	330	Realizar 2 capacitaciones en el año en normatividad contable y socializarlas en el área.	Evidencia de las dos capacitaciones realizadas y socializadas con el área de contabilidad.	2	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	331	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Contabilidad en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	332	Realizar los Comités de Autocontrol y tres comités de sostenibilidad contable, de acuerdo con el cronograma establecido desarrollando el plan de trabajo definido.	Actas de Comités de Autocontrol y comités de sostenibilidad contable.	15	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Mejorar los tramites administrativos para todos los clientes de la institución.	Tramites instituciones estandarizados	333	Presentar oportunamente las declaraciones tributarias de acuerdo a las fechas establecidas en la Ley.	Evidencias de las declaraciones tributarias presentadas de forma oportuna	24	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	334	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área incluyendo el indicador de productividad del servicio, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	335	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión-seguimiento en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento de documentos SGC. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	336	Identificar los costos de no calidad en el servicio de la Unidad de Cancerología y reportarlos de manera cuatrimestral a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia del reporte de los costos de no calidad de manera cuatrimestral a la Subgerencia Técnico Científica.	3	1/03/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	337	Socializacion Cuatrimestral en Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento sobre las acciones implementadas para mejorar la oportunidad en la atención entre los servicios uregencias hospitalizacion farmacia y la unidad de cancerologia registrados en acta de reunion	Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento alas acciones implementadas para mejorar la oportunidad en la atención entre los servicios uregencias hospitalizacion farmacia y la unidad de cancerologia registrados en actas de reunion.	3	1/04/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	338	Realizar seguimiento a compromisos de planes de mejoramiento de indicadores de oportunidad que se hayan generado.	Reporte cuatrimestral en acta de comité de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad.	3	1/04/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Hacer seguimiento a los indicadores de continuidad en la prestación de los servicios	Evidencias de seguimiento a los indicadores de continuidad en la prestación de los servicios	339	Realizar seguimiento a los indicadores de continuidad en la prestacion de los servicios para mejorar la atención. Elaborar plan de mejora si es necesario.	Reporte cuatrimestral en acta de comité de autocontrol con el seguimiento y analisis socializados y registrados en las fichas respectivas de cada indicador	3	1/04/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	340	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Según listado de GPC	1/02/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	341	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de las GPC o protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado de guias identificadas	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en acta de concenso, según Listado de guias Identificadas.	Según listado de GPC	1/02/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	342	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse divulgado por correo a los servicios de la unidad	1	1/02/2019	30/06/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	343	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	5	1/02/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	344	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garantia de la Calidad. Cronograma de auditorias formulado previamente.	Socialización en Subcomité y mejoramiento de acciones de mejora formuladas y ejecutadas, adoptadas como mejoramiento dentro del proceso de calidad, acorde a los informes emitidos por el equipo auditor de Garantia Calidad.	Sgn Informes de auditoria.	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	345	Analizar en Subcomité y Autocontrrol el Informe de Satisfacción y Reporte de PQRSF.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	346	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados presentados del Informe Satisfacción y Reporte de PQRSF.	Evidencia del seguimiento semestral a las acciones correctivas formuladas, implementadas.	2	1/06/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	347	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades de Grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES.	Formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES diligenciado reportada en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/02/2018	1/12/2018	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	348	Desarrollar dos estrategias por semestre de educación y humanización dirigidas al usuario y su familia que incluya actividades que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Evidencia de las Estrategias Implementadas (formatos, fotos, etc.). Informe de las dos estrategias implementadas	4	3/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Establecer acuerdos interprocesos con los servicios de apoyo a fin de garantizar la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales	Establecer acuerdos interprocesos con los servicios de apoyo a fin de garantizar la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales	349	Realizar una reunión semestral con los lideres de los procesos de la Unidad de Cancerología con el fin de definir compromisos interprocesos y garantizar la integralidad y continuidad de la atención.	Evidencia de reunión semestral con lideres de servicios de la Unidad de Cancerología. (Dos actas de las reuniones semestrales)	2	3/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	350	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo de la Unidad, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos de la Unidad debidamente actualizada.	1	1/01/2019	31/07/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	351	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	352	Realizar el reporte de Sucesos de Seguridad presentados en los servicios de la Unidad, a la oficina de Garantía de la Calidad.	Evidencia del reporte de los sucesos de seguridad presentados en el servicio a la oficina de Garantía de Calidad.	12	2/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	353	Participar en las reuniones convocadas por la oficina de Calidad para el análisis de los sucesos reportados. Producto de dicho análisis, ejecutar las acciones de mejora o planes de mejoramiento acorde a las conclusiones.	Evidencias de la ejecución de las acciones o planes de mejora generadas del análisis de sucesos de seguridad reportados.	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Programa Institucional de Seguridad del Paciente	Formular e Implementar el Programa de Seguridad del Paciente, el cual adopta las estrategias sugeridas en la Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Capacitar a los colaboradores en gestión de seguridad del paciente, lo cual debe estar articulado al plan de educación continuada	Colaboradores capacitados	354	Gestionar ante la oficina de garantía de calidad capacitación dirigida a los colaboradores en gestión de Seguridad del Paciente.	Evidencia de la gestión realizada ante la oficina de garantía de la Calidad.	1	1/03/2019	31/03/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	355	Reportar a las unidades funcionales responsables de las acciones requeridas, para subsanar las necesidades identificadas.	Evidencias del reporte de las necesidades identificadas en las condiciones de humanizaciòn de la infraestructura, equipos, entorno, etc.	Según reportes	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Análizar los resultados de los centros de costos operativos, administrivos y logisticos para la toma de decisiones oportunas y socialización con cada uno de los coordinadores.	Evidencias del análisis de los centros de costos operativos, administrivos y logisticos, e implementación de las decisiones tomadas	356	Realizar análisis trimestral a los resultados de los centros de costos de la Unidad de Cancerología de acuerdo al reporte realizado por la Unidad de Costos.	Evidencia en acta de autocontrol del análisis realizado a los centro de costos de la Unidad.	4	1/04/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Formular e implementar estrategias y campañas que permitan reduccir los valores de servicios públicos e insumos para el desarrollo de las actividades	Estrategias y campañas formular e implementadas para reducir el consumo de servicios publicos e gasto de insumos administrativos y asistenciales	357	Implementar una estrategia dirigida a los colaboradores de la Unidad de cancerología para el uso adecuado de servicios públicos.	Evidencia de la Estrategia implementada.	1	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	358	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal de la Unidad de Cancerologia en Plataforma estratégica, el poceso y riesgos del área y reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	2/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	359	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	2/01/2019	31/10/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la acreditacion institucional por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	360	Ejecutar las actividades de los planes de mejora resultantes de la autoevaluación de estandares de acreditación concernientes a la Unidad de Cancerologia.	Evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora.	Según Plan de Mejora	2/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	361	Implementar o incremetar el uso de Gestion documental abarcando la comunicación interna institucional.	Informar trimestralmente en subcomite de autocontrol los datos de uso del software de gestion documental incluyendo oficios de comunicación interna	3	2/01/2019	31/12/2019	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	362	Realizar la medición de los indicadores a cargo de servicios Hospitalarios, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Definir los indicadores y estándares de oportunidad, medición, análisis y definición de acciones de mejora.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios, de respuesta hospitalaria con los que cuenta y de los tiempos de espera en los diferentes momentos de acceso a los servicios administrativos y asistenciales, medirlos, analizarlos y plantear acciones de mejora en las desviaciones identificadas.	Analizar el comportamiento de los indicadores de oportunidad de respuesta a interconsulta identificando desviaciones no deseadas. Tomar correctivos frente a las desviaciones.	Acciones de mejora planteadas en la herramienta de mejoramiento derivadas del análisis de los indicadores de oportunidad en respuesta a interconsulta.	363	Realizar la medición y analisis del indicador definido para la oportunidad en respuesta a interconsultas en el servicio de Hospitalización de acuerdo a la periodicidad establecida dentro de la ficha técnica.	Evidencia de la medicion y analisis del indicador de acuerdo a la periodicidad establecida.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Evaluar los resultados del modelo de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento del modelo de atención y de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario.	Recolectar, consolidar, calcular indicadores asistenciales de gestión, analizar las desviaciones encontradas y formular e implementar acciones de mejora	Evidencias de Evaluación, indicadores de gestión calculados, planes de mejora formulados y con seguimiento realizado	364	Analizar los indicadores de productividad, seguridad del paciente para el servicio de Hospitalización de manera trimestral.	Soporte de analisis de indicadores de productividad propios de Hospitalizacion de forma trimestral	4	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar el proceso de rotación de cama	Incluye evaluar e intervenir las causas de la estancia no pertinente que estén bajo el control del hospital	Identificar las principales causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente	Causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados	365	Medir y analizar las causas de estancia no justificada mensualmente.	Documento mensual de reporte a la subtecnica acerca de las estancias no justificadas	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar el proceso de rotación de cama	Incluye evaluar e intervenir las causas de la estancia no pertinente que estén bajo el control del hospital	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de estancia hospitalaria no pertinente que estén bajo el control del hospital	Acciones de mejora para formuladas e implementadas	366	Realizar planes de mejoramiento como resultado de la medicion de causas de estancia no justificada.	Plan de mejoramiento elaborados acordes a los analisis de estancias no justificadas, según analisis	1	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	367	Realizar seguimiento anual a los compromisos de los planes de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas)	Acta de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad.	1	1/07/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Definir el perfil de morbimortalidad, por servicio e institucional.	Perfil de Morbimortalidad actualizado	368	Participar activamente en el análisis y definicion del perfil de morbilidad de Hospitalización con la revision e informacion suministrada por la Oficina de Epidemiologia	Perfil de morbilidad del servicio de Hospitalización elaborado 2019	1	1/04/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	369	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garatia de la Calidad. Cronograma de auditorias formulado previamente.	Plan de mejora formulados según informes entregados por el equipo auditor de Garantia Calidad	1	1/02/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	370	Realizar trimestralmente un análisis del informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol.	Evidencia del analisis trimestral del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol con plan de mejora si se requiere	4	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	371	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializacion en acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y Actas de autocontrol y Mejoramiento con evidencias de socializacion .	1	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	372	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	373	Realizar el reporte a la oficina de Garantia de la Calidad de los sucesos de seguridad que se capten en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantia de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según hallazgos	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	374	Realizar analisis y plan de mejora mensual de los sucesos de seguridad del paciente presentados en el servicio y reportados según ocurrencia. (Para los eventos adversos centinela y eventos graves)	Plan de mejora mensual de los analisis de sucesos de seguridad ocurridos en el servicio registrados en la HERRAMIENTA DE ANALISIS	11	1/02/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	375	Reportar a las unidades funcionales responsables de las acciones requeridas, para subsanar las necesidades identificadas.	Evidencia del reporte de las necesidades identificadas.	Según listado	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Análizar los resultados de los centros de costos operativos, administrivos y logisticos para la toma de decisiones oportunas y socialización con cada uno de los coordinadores.	Evidencias del análisis de los centros de costos operativos, administrivos y logisticos, e implementación de las decisiones tomadas	376	Realizar analisis trimestral a los resultados de los centros de costos de Hospitalizacion de acuerdo al reporte realizado por la Unidad de Costos.	Evidencia en actas de autocontrol del analisis realizado a los centro de costos de hospitalizacion.	4	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Dar aplicación a las acciones descritas en las iniciativas del objetivo estratégico A3. "Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad", especialmente aquellas orientadas a incrementar los recursos financieros de la institución	Evidencias de aplicación de las estrategias del objetivo A3.	377	Revisar en conjunto con la Subgerencia Administrativa-Infraestructura, las nuevas instalaciones de la Unidad de Cuidados Intermedios conforme a los requisitos de Habilitacion.	Acta de Reunión de revisión de las nuevas instalaciones de Unidad de Cuidados Intermedios	1	1/07/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	378	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación a Coordinadores Médicos, Psicologos, Nutricionistas y medicos generales a cargo de Servicios Hospitalarios en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	379	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	380	Implementar o incremetar el uso de Gestion documental abarcando la comunicación interna institucional.	Informar trimestralmente en subcomite de autocontrol los datos de uso del software de gestion documental incluyendo oficios de comunicación interna	4	1/03/2019	31/12/2019	SERVICIOS HOSPITALARIOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	381	Identificar y consolidar los reportes de información y/o Informes institucionales de obligatorio cumplimiento con destino a las entidades de Inspección vigilancia y Control durante la vigencia.	Consolidar los reportes de información y/o Informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la oficina Asesora de Control Interno Disciplinario	1	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	382	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Oficina Asesora de Control Interno Disciplinario.	Según periodicidad establecida para cada uno	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	383	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la oficina Asesora de Control Interno Disciplinario, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	384	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necedidad	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	385	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo Control Interno Disciplinario, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	1	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	386	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	387	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Control Interno Disiciplinario en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	CIDISCIPLINARIO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	388	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	389	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Correspondencia a traves de gestión documental	1/01/2019	31/12/2019	CIDISCIPLINARIO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	390	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento solicitados por los entes de control y la institución a cargo de cartera y glosas. Se exeptua informe de Circular 131_2103.	Evidencia del reporte oportuno,Informe mensual de recaudo a Presupuesto,Informe mensual de Glosas a Presupuesto,Evidencias enviadas al área de control interno y planeación.	Según informe solicitados por entes de control	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	391	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad (semestral).	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	2	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	392	Realizar y documentar una reunión cada dos (2) meses con el equipo de Auditores Médicos, Auditores Clínicos y Personal Administrativo para analizar y socializar las causas de las glosas por pertinencia medica.	Actas de reunión Código: GIC-GC-F-001C diligenciada - Bimestral	6	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	393	Realizar seguimiento trimestral cliente a cliente en glosas, devoluciones y conciliaciones.	Evidencias de seguimiento Trimestral.	4	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	394	Identificar costos de NO CALIDAD durante el proceso de tramite y conciliación de las objeciones y reportarlos a la Subgerencia Técnico-Científica de forma trimestral.	Informes de seguimiento Trimestral	4	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	395	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan dejando evidencia en Acta de Autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Realizar dos (2) circularizaciones y dos (2) cobros prejuridicos durante la vigencia en cumplimiento al Reglamento Interno de Cartera vigente	Relacion de las Entidades circularizadas durante el año	396	Realizar dos circularizaciones durante el 2018 al total de los deudores con cartera registrada a 31 de diciembre de 2018 y 30 de junio de 2019, de acuerdo con el Manual de Recaudo del Hospital Vigente (Enero y Julio). Los cobros prejuridicos se realizaran en actividad independiente.	Evidencias de las dos circularizaciones realizadas a las empresas, pagares remitidos por Unidad Tesoreria exceptuando las entidades o particulares aprobados en Subcomite de cartera y comité de sostenibilidad contable, para excluir de la circularizacion.	2	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Enviar dos(2) cobros prejurídico a los terceros que no den respuesta a las dos (2) circularizaciónes realizadas en la vigencia.	Relacion de las Entidades con cobros prejuridicos enviados durante el año	397	Enviar dos cobros pre jurídico a los terceros que no respondan la circularización realizada (Abril y Octubre)	Evidencias de los dos cobros pre jurídicos enviados a los terceros que no respondan las circularizaciones.	2	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Conciliar y/o adelantar cruces de cartera del 100% de las Entidades con cartera por Venta de Servicios de Salud a excepcion de la Entidades en proceso de liquidacion y las liquidadas.	Informe de seguimiento mensual	398	Conciliar y/o adelantar cruces de cartera del 100% de las Entidades deudoras de la institucion a excepción de la Entidades en proceso de liquidación y las liquidadas, Servicios no operativa de cartera vencida, Plan de reorgnizacion Eps Cafesalud, Clinica Cardiovascular Corazon Coven, Particulares y cuotas de recuperacion	Actas de conciliación y/o Cruces de cartera a excepción de la Entidades en proceso de liquidación y las liquidadas, Servicios no operativa de cartera vencida, Plan de reorgnizacion Eps Cafesalud, Clinica Cardiovascular Corazon Coven, Particulares y cuotas de recuperacion.	100%	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	399	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	CARTERA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	400	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Cartera y Glosas en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	CARTERA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	401	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo del área de presupuesto.	Evidencia del reporte oportuno. Para el caso de informes trimestrales, corresponderán al IV trim 2018 y I, II y III Trimestre 2019,Informe trimestral de presupuesto,Evidencias enviadas al área de control interno y planeación.	44	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	402	Gestionar la Publicación de los contenidos propios de cada unidad, acorde a los lineamientos a la ley 1712 de 2014 y la Matriz de Autodiagnóstico para el cumplimiento de la ley 1712 de 2014, diseñada por la Procuraduría General de la Nación.	Relacionada con el artículo 9 de la ley 1712 de 2014 y sus modificaciones: Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado, lo concerniente a presupuesto literal "b) Su presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual, ... para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011"	5	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	403	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área de Presupuesto, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	404	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necesidad	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	405	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados.	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Diseñar y adoptar mecanismos de control que aseguren la pertinencia en el gasto.	Mecanismos de control del gasto implementados	406	Realizar revisión mensual de la ejecución presupuestal de ingresos y gastos e informar a las áreas la ejecución correspondiente a los gastos de su gestión y enviar oficio reportando la ejecución presupuestal a las subgerencias Administrativa y Tecnico-Cientifica y la Oficina de Talento Humano.	Oficios entregados de forma mensual a las subgerencias y a talento humano.	11	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	407	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	PRESUPUESTO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	408	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Presupuesto en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	PRESUPUESTO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Creación de un comité de Gestión de la Tecnología, que permita la priorización de los recursos para su adquisición, el análisis de las propuestas, entre otros temas	Comité creado y en operación	409	Gestionar la Ejecución del comité de Gestión en la Técnologia en las fechas establecidas	Convocatorias a comite según periodicidad establecida y actas de comité de Gestiòn de la Tecnologia.	1	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Diseñar e implementar un modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología.	Modelo de Gestión de la Tecnología formulado e implementado	410	Gestionar la aprobación mediante acto administrativo del modelo de gestión de la tecnología.	Evidencia de la gestión para la aprobación del modelo de gestión de tecnología mediante acto administrativo.	1	1/05/2019	31/08/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Diseñar e implementar un modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología.	Modelo de Gestión de la Tecnología formulado e implementado	411	Socializar el comité autocontrol el modelo de gestión de la tecnología al personal involucrado en las actividades (Ingenieros biomedicos, subgerencia administrativa, recursos fisicos).	Evidencias de socialización en comité de autocontrol del Modelo de Gestión de la Técnologia.	1	1/09/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Evaluación del cumplimiento de las actividades planteadas en el modelo de gestión de la tecnología	Evidencias de evaluación y resultados de los indicadores de Modelo gestión de la tecnología biomédica	412	Realizar seguimiento a los indicadores a cargo de Técnologia Biomédica de acuerdo a la periodicidad establecida, formular e Implementar acciones de mejora según resultados y socializar en subcomite de autocontrol.	Evidencia de la medicion y analisis de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Identificar las necesidades de renovación o actualización de tecnología biomédica y con base en ello construir el diagnóstico de renovación de la tecnología biomédica	Diagnóstico de renovación de la tecnología biomédica actualizado	413	Actualizar, entregar y socializar el diagnostico de renovación de tecnología biomédica en subcomite Autocontrol de la Subgerencia Administrativa .	Diagnostico de renovación tecnológica actualizado entregado y socializado en subcomite de autocontrol de la Subgerencia Administrativa	1	1/03/2019	30/04/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Capacitación en Gestión de la Tecnología	Consolidar un plan de capacitación relacionado con la gestión de la tecnología biomédica, articulado al plan institucional educación continuada	Capacitación al personal responsable del manejo de la tecnología, sobre aspectos tales como: gestión del riesgo, operación, plan de contingencia, reportes del Programa institucional de tecnovigilancia.	Evidencias de capacitación al personal responsable de la operación de los equipos	414	Ejecutar el cronograma de capacitaciones al personal responsable del manejo de la técnologia.	Evidencia de capacitación al personal encargado del manejo de la técnologia.	1	1/03/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Capacitación en Gestión de la Tecnología	Consolidar un plan de capacitación relacionado con la gestión de la tecnología biomédica, articulado al plan institucional educación continuada	Capacitación al personal responsable del manejo de la tecnología, sobre aspectos tales como: gestión del riesgo, operación, plan de contingencia, reportes del Programa institucional de tecnovigilancia.	Evidencias de capacitación al personal responsable de la operación de los equipos	415	Realizar y divulgar un cronograma de capacitaciones al personal sobre el manejo de tecnología.	Cronograma de capacitaciones al personal encargado en el manejo de la técnologia elaborado y divulgado.	1	1/02/2019	28/02/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Formular una Política de gestión de la tecnología	Formular e Implementar una política que adopte los lineamientos y directrices necesarios para garantizar la disponibilidad, reposición, suficiencia, seguridad, mantenimiento y humanización de la tecnología biomédica	Implementación de Política de Gestión de la Tecnología	Política de Gestión de la Tecnología desplegada	416	Gestionar la aprobacion y socializar los procesos de la política de gestión de la tecnología a Ingenieros biomedicos, subgerencia administrativa y recursos fisicos en subcomite de autocontrol	Procesos aprobados y socializados de la politica de la gestión de la tecnología a Ingenieros biomedicos, subgerencia administrativa y recursos fisicos en subcomite de autocontrol.	1	1/01/2019	30/04/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo, de aseguramiento metrológico y las estrategias de articulación de los planes de mantenimiento con los terceros que aportan equipos biomédicos al hospital.	Definir un plan de mantenimiento preventivo institucional que incluya todos los equipos biomédicos, es decir los propios y los aportados por los terceros, en el que se incluyan pruebas de seguridad eléctrica.	Plan de Mantenimiento formulado e implementado	417	Elaborar y divulgar a los servicios asistenciales y a la of Recursos fisicos, el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos que incluya todos los equipos biomedicos (propios y aportados por los terceros).	Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos elaborado y divulgado.	1	1/01/2019	31/01/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo, de aseguramiento metrológico y las estrategias de articulación de los planes de mantenimiento con los terceros que aportan equipos biomédicos al hospital.	Fortalecer el proceso documental de hojas de vida de los equipos biomédicos, con el fin de poder tener control del estado de mantenimiento de todos los equipos existentes en el hospital, es decir tanto los propios como los aportados por los terceros	Hojas de vida de equipos biomédicos actualizadas	418	Equipos biomédicos con hojas de vida actualizadas	Hojas de vida actualizada de los equipos biomédico propios de la institución.	1	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Fortalecer las condiciones de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	La iniciativa contempla el mejoramiento de los procesos de mantenimiento preventivo, de aseguramiento metrológico y las estrategias de articulación de los planes de mantenimiento con los terceros que aportan equipos biomédicos al hospital.	Realizar la supervisión requerida para verificar condiciones de mantenimiento preventivo y cumplimiento del cronograma de los equipos biomédicos propios y aportados por los terceros	Evidencias de seguimiento al plan de mantenimiento preventivo	419	Hacer seguimiento mensual al mantenimiento preventivo de equipos biomédicos a atraves del formato GAF-RF-F-004B SEGUIMIENTO DE MANTENIMIENTO.	Evidencia registrada en el formato GAF-RF-F-004B SEGUIMIENTO DE MANTENIMIENTO del seguimiento al mantenimiento preventivo de equipos biomedicos realizado mensualmente.	1	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Plan de Contingencia	Desarrollar estrategias que permitan garantizar la continuidad de los procesos de atención frente a posibles fallas o paradas de equipos	Dar aplicación a las estrategias definidas en el plan de contingencia de la tecnología	Estrategias del Plan de contingencia implementadas	420	Divulgar las estrategias del plan de contingencia de la tecnología a los coordinadores de los servicios asistenciales	Evidencias de la divulgación del Plan de contigencia de la técnologia.	1	1/03/2019	30/09/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Plan de Contingencia	Desarrollar estrategias que permitan garantizar la continuidad de los procesos de atención frente a posibles fallas o paradas de equipos	Formular un plan de contingencia de la tecnología que permita dar continuidad a la prestación de los servicios asistenciales	Plan de contingencia formulado y aprobado	421	Gestionar la aprobación del Plan de contigencia de la técnologia.	Plan de contingencia aprobado.	1	1/01/2019	31/03/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Seguimiento de los recursos invertidos en gestión de la tecnología	Hacer el seguimiento de los recursos invertidos en tecnología, equipos, capacitaciones, documentación.	Medir el cumplimiento de los recursos invertidos en tecnología, equipos, capacitaciones, documentación.	Evidencias de seguimiento a los recursos invertidos en gestión de la tecnología biomédica	422	Realizar informe mensual de las actividades realizadas incluyendo recursos invertidos en gestión de la técnologia biomedica y presentado a la oficina de recursos fisicos y subgerencia Administriva.	Informe mensual de las actividades realizadas en gestión de la técnologia biomedica presentados a Recursos Fisicos y subgerencia Administrativa	12	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	423	Participar en seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos en la matriz de riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	424	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Técnologia Biomedica en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	425	Participar en los Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de oficina Recursos Fisicos de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión de participacion al Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento (12 actas)	12	1/12/2019	31/12/2019	TECNOLOGIA BIOMEDICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Brindar Asistencia Técnica	Brindar apoyo permanente a todas las áreas y servicios asistenciales, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos normativos y necesidades institucionales en materia de sistemas de información	Registrar todas las solicitudes reportadas por las unidades, realizar su análisis y priorizarlas	Necesidades de los sistemas de información consolidadas analizadas y priorizadas	426	Registrar, consolidar, priorizar y medir el nivel de soporte de cada una de las solicitudes reportadas por las unidades y consignarlas en el informe mensual presentado por mesa de servicio.	Informe o reporte estadístico de las solicitudes recibidas y priorizadas mensualmente.	12 informes al año	1/01/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Brindar Asistencia Técnica	Brindar apoyo permanente a todas las áreas y servicios asistenciales, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos normativos y necesidades institucionales en materia de sistemas de información	Gestionar las solicitudes presentada y consideradas viables y prioritarias.	Necesidades de los sistemas de información gestionadas	427	Realizar levantamiento de requerimiento de las necesidades en los formatos suministrados por el proveedor del software	Documento de solicitud entregado al proveedor para su desarrollo	100% de solicitudes aprobadas entregadas al proveedor del software correspondiente	según la necesidad	según la necesidad	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Brindar Asistencia Técnica	Brindar apoyo permanente a todas las áreas y servicios asistenciales, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos normativos y necesidades institucionales en materia de sistemas de información	Realizar el seguimiento a la gestión de las necesidades de sistemas de información	Evidencias de seguimiento a la gestión de las necesidades de sistemas de información	428	Realizar seguimiento según los acuerdos de niveles de servicio determinados con el proveedor del software	Evidencia de gestion de seguimiento de los requerimeintos realizados	100% de los requerimientos gestionados ante el proveedor del software correspondiente	según la necesidad	según la necesidad	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Formular estrategias de comunicación y sensibilización, que incluya el arte de la campaña y eslogan, el isotipo y demás elementos relacionados con la campaña de calidad del dato.	Campaña de calidad del dato desarrollada.	429	Formular tres estrategias de comunicación y sensibilización referente a la calidad del dato.	Documento donde se formulan las tres estratègias de calidad del dato.	Un documento	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Definir los medios y mecanismos de difusión de la campaña, al igual que su implementación.	Evidencias de implementación de campaña de calidad del dato	430	Implementar las tres estrategias de comunicación y sensibilización dirigida al cliente interno para sensiblizarlo referente a la calidad del dato.	Soportes de evidencias de la Implementaciòn de las tres estrategias de comunicación la realizadas referentes a la Calidad del dato	3	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Realizar informes periódicos relacionados con los indicadores que evalúan la gestión del Gerente	Informes de gestión del Gerente oportunamente generados y presentados	431	Elaborar y presentar cuatro Informes de evaluaciòn de la gestión del Gerente segùn Resolución 408 de 2018.	4 informes presentados la Gerencia de evaluaciòn de la gestión del Gerente según Resolución 408 de 2018.	4 informes por año	1/04/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Realizar informes periódicos relacionados con la producción, costos y gastos	Informes de producción, costos y gastos oportunamente generados y presentados	432	Elaborar informes trimestrales de produccion según Indicador No 8 de la resolución 408 de 2018 y socializarlo en Junta Directiva segùn convocatoria realizada por la Gerencia.	Evidencia de entrega en la gerencia del informe RIPS de la Resoluciòn 408 de 2018.	4 informes por año	1/04/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	433	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina Asesora de Sistemas de Información.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Oficina Asesora de Sistemas de Información.	100% reportes según periodicidad de cada norma	1/04/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar las medición de los indicadores según cronograma establecido	Indicadores calculados según cronograma establecido	434	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área de SI, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	100% de los indicadores con medicion y análisis realizados	Según periodicidad	Según periodicidad	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar las medición de los indicadores según cronograma establecido	Indicadores calculados según cronograma establecido	435	Consolidar mensualmente los resultados de los indicadores para generar los reportes de obligatorio cumplimiento y su respectiva publicacion y cargue de informacion a los aplicativos de entes de control.	Consolidado de resultados de indicadores extraida mensualmente de la herramienta sharepoint y evidencia de la Publicacion de indicadores, soporte cargue de informacion aplicativos de entes de control	100% de los indicadores publicados y/o entregados dentro de los plazos previstos por la normatividad vigente	1/01/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Diseñar e implementar estrategias para comunicar los resultados a los responsables de los procesos.	Evidencias de comunicación de resultados de indicadores	436	Disponer los indicadores en un medio de almacenamiento mas seguro y de facil acceso	Indicadores dispuestos en la herramienta	100% de indicadpres dispuestos en la herramienta	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Identificar necesidades de parametrización de la historia clínica y demás registros asistenciales en variables que puedan ser validadas en la historia clínica con el fin de mejorar la calidad del dato	Necesidades de parametrización de la historia clínica identificadas	437	Solicitar a la subgerencia Tecnico-cientifica las necesidades de parametrizacion de la historia clinica y las que han sido registradas a traves de la mesa de servicio	Elaborar informe de analisis de las necesidades y viabilidad técnica y financiera	Un (1)	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Realizar ejercicios de referenciación con otras entidades del sector salud para conocer estrategias de intervención que puedan ser aplicables en el hospital	Ejercicios de referenciación realizados	438	Realizar referenciación, enfocado en historia clinica con el fin de hacer el análisis de mejora que se puedan implementar.	Registro de referenciación de acuerdo al formato establecido.	Referenciación realizada.	1/03/2019	1/09/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de variables de la historia clínica en textos, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Analizar las posibilidades institucionales de parametrización de la historia clínica y demás registros asistenciales que permitan la transformación de variables en textos , de acuerdo con los requerimientos necesarios para la definición de los modelos de historia clínica.	Evidencias de análisis de posibilidades de parametrización de la historia clínica realizado	439	Elaborar un informe inicial con la variables necesarias de evolucion de enfermeria y presentarlo a la subgerencia tecnica para el analisis y aprobacion.	De acuerdo a la disponibilidad presupuestal, gestionar a el cambio con el proveedor de software para la implementación.	Un (1)	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Definir y aprobar un cronograma de implementación	Cronograma formulado e implementado	440	Elaborar cronograma de capacitacion sobre los ajustes al modelo actual de historia clinica, si se llegase a realizar	Cronograma elaborado si se llegase a realizar	un (1)	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Diseñar nuevos modelos de historia clínica.	Nuevos modelos de historia clinica, según aplique.	441	Analizar informe de necesidades de parametrizacion de la historia clinica identificadas para la viabilidad tecnica y financiera para su ejecucion	Informe de analisis con el resultado de viabilidad tecnica y financiera para su ejecucion	Un (1)	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Capacitar y retroalimentar al personal asistencial sobre los nuevos modelos de historia clínica que se implementaran	Evidencias de capacitación al personal asistencial sobre nuevos modelos de historia clínica, según aplique	442	Ejecutar cronograma de capacitacion sobre los ajustes al modelo actual de historia clinica posterior a la actualizacion de Indigo Crystal, si se llegase a realizar	Cronograma ejecutado, si se llegase a realizar	Un (1)	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Realizar pruebas piloto para identificar fallos y mejoras a los modelos	Pruebas piloto realizada	443	Realizar el análisis tecnico y viabilidad presupuestal para la posible implementación del cambio.	Implementación realizada, si fue considerada viable.	100 % de implementaciones que fueorn consideradas viables			SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Realizar ajustes necesarios con base en las pruebas pilotos	Ajustes implementados, según aplique	444	Implementar las solicitudes reportadas por la unidades y aprobadas para su implementacion de acuerdo al procedimiento establecido para este tipo de actividades.	Evidencia de capacitaciones dadas a los funcionarios, sobre las implementaciones realizadas y del documento establecido de implementación y versión.	Implementación del 100 % de las solicitudes aprobadas	1/01/2019	1/10/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	445	Implementación y puesta en marcha de los ajustes probados y aceptados de la historia clínica electrónica parametrizada, si se llegasen a realizar	Informe de implementacion o actualizacion de version	1	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	446	Crear un curso en la plataforma e-learnig de las politicas del manual de seguridad de la informacion	Registro de usuarios que hacen uso y apropiacion de la herramienta	(1) curso implementado	1/04/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	447	Sensibilizar al usuario sobre el uso de la unidad de almacenamiento seguro para disponer la informacion (unidad z)	(1) Infografia colocada en el fondo de escritorio resaltando la importancia de almacenar en la unidad z	1	1/04/2019	30/04/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	448	Disponer de un canal interno para el reporte anónimo del incumplimiento sobre alguna política o procedimiento de seguridad de la informacion	Canal Interno implementado	1	1/03/2019	31/03/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	449	Implementar la Interfaz con patologia	Interfaz implementada	1 interfaz implementada	1/06/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	450	Gestionar soporte de planta electrica para todos los centros de cableado.	Gestion realizada	1 informe de la gestion	3/01/2019	3/06/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	451	Implementar de asignacion de citas via web asignadas por el call center	Portal de citas via web implementado	Portal implementado	1/03/2019	30/04/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la parametrización del sistema de información hospitalaria	Mejorar la estructura de los registros en el sentido de avanzar cada vez más en la transformación de textos de la historia clínica en variables, que puedan ser validadas, con el fin que permita su consulta, análisis, generación de información y conocimiento	Implementación y puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada	Evidencias de la puesta en marcha de los nuevos modelos de historia clínica electrónica parametrizada, según aplique.	452	Actualizar el tablero de mando integral donde se consolide la información asistencial y administrativa que les permita tomar decisiones	Tablero de mando actualizado	1 tableto de mando actualizado	1/03/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Aplicar herramientas técnicas que nos permitan hacer un diagnóstico del estado actual del proceso de custodia, respaldo y confiabilidad de la información.	Diagnóstico de seguridad de la información realizado.	453	Realizar la actualización del diagnostico de Seguridad de la Información y generar un informe anual.	Informe de la actualizacion del diagnostico	1	1/12/2019	30/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Avanzar en la implementación de barreras de seguridad que garanticen un proceso fiable de respaldo y custodia de la información.	Barreras de seguridad de la información implementadas.	454	Elaborar cronograma de capacitacion sobre el Manual de Seguridad de la Informacion, dirigido a los lideres de los procesos y colaboradores de la institución y divulgar cronograma a traves del correo institucional.	Cronograma elaborado y divulgado a lideres y colaboradores a traves del outlook.	1	1/01/2019	31/01/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Avanzar en la implementación de barreras de seguridad que garanticen un proceso fiable de respaldo y custodia de la información.	Barreras de seguridad de la información implementadas.	455	Ejecutar cronograma de capacitación sobre el Manual de Seguridad de la Información.	Listado de asistencia, segùn cronograma de capacitaciòn.	100% de cronograma ejecutado.	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Avanzar en la implementación de barreras de seguridad que garanticen un proceso fiable de respaldo y custodia de la información.	Barreras de seguridad de la información implementadas.	456	Identificar las barreras para la implementaciòn GI-SI-M-001 MANUAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN y generar informe trimestral.	Informe trimestral de barreras identificadas en la Implementaciòn del GI-SI-M-001 MANUAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN,	4	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Avanzar en la implementación de barreras de seguridad que garanticen un proceso fiable de respaldo y custodia de la información.	Barreras de seguridad de la información implementadas.	457	Realizar Backups de los aplicativos Indigo Crystal, Dinamica, Extranet, Indigo VIE,helpdesk y Disco T	Bitacora diligenciada con los registros diarios.	365 backups en el año	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Avanzar en la implementación de barreras de seguridad que garanticen un proceso fiable de respaldo y custodia de la información.	Barreras de seguridad de la información implementadas.	458	Realizar actualizacion del firewall de Dispositivo de seguridad perimetral, Según Necesidad institucional	Captura de pantalla donde se evidencia la actualizacion del Dispositivo de seguridad perimetral, Según Necesidad institucional.	Según Necesidad	Según Necesidad institucional	Según Necesidad institucional	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Formular instrumentos, estratégicas y cronogramas para evaluar periódicamente el cumplimiento del Reglamento de seguridad de la información	Evidencias de evaluación periódicamente del cumplimiento del Reglamento de seguridad de la información	459	Elaborar cronograma de jornadas de inspeccion a las diferentes areas de la institucion	Cronograma de jornadas de inspeccion elaborado	1	1/01/2019	31/01/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Implementar un sistema de gestión de la seguridad de la información que permita detectar, consolidar, analizar y tomar acciones frente a las fallas, incidentes o eventos de seguridad presentados	Sistema de gestión de la seguridad de la información Implementado	460	Ejecutar cronograma de manera trimestral de las jornadas de inspeccion y aplicar el formato de auditoría de adherencia en seguridad de la informacion.	Formatos diligenciados de acuerdo al cronograma establecido.	4 informes presentados al año	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Implementar un sistema de gestión de la seguridad de la información que permita detectar, consolidar, analizar y tomar acciones frente a las fallas, incidentes o eventos de seguridad presentados	Sistema de gestión de la seguridad de la información Implementado	461	Diligenciar matriz de manera trimestral para consolidar las fallas, incidentes o eventos de seguridad identificados en las jornadas de inspeccion, formular acciones de mejora y realizar el seguimiento.	Matriz diligenciada con acciones de mejora identificadas y evidencia dl seguimiento.	Matriz diligenciada	1/01/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Mejorar la seguridad de la información	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del de software y hardware de los sistemas de la información	Implementar un sistema de gestión de la seguridad de la información que permita detectar, consolidar, analizar y tomar acciones frente a las fallas, incidentes o eventos de seguridad presentados	Sistema de gestión de la seguridad de la información Implementado	462	Incluir dentro de la induccion de ingreso de personal un examen enfocado al manual de seguridad de la informacion y al uso de los aplicativos.	Listado de capacitacion de Ingreso de personal y los reportes de los examenes realizados	Según necesidad	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	463	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necesidad	1/01/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	464	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos en la matriz correspondiente y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	100% seguimiento a los riesgos de cada proceso según periodicidad establecida en la matriz	Según periodicidad	Según periodicidad	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	465	Socializar la Política De Seguridad Y Confidencialidad De La Información incluyendo las àreas que no hacen uso de Sistemas de Informaciòn.	Listados de asistencia a capacitaciones a las àreas segùn estructura de costos.	100%	1/04/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	466	Realizar seguimiento a los indicadores contenidos en la Política De Seguridad Y Confidencialidad De La Información y generar documento anual de cumplimiento de la politica y presentarlo en comitè de Autocontrol y Mejoramiento de SIH.	Evidencias de seguimiento en las fichas técnias de los indicadores de la politica y documento anual de cumplimiento de la politica, presentado en comitè de Autocontrol y Mejoramiento de SIH.	1	1/04/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	467	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de seguimientos cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	468	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12 Actas de comité de autocontrol	1/01/2019	1/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	469	Ejecutar el 100% de las actividades concertadas en comitè de Autocontrol según priorizaciòn obtenida en la autoevaluación de estandares de acreditación	Evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora	Según Plan de Mejora	1/03/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	470	Hacer uso del software de gestiòn documental al interior de la oficina de SIH.	1. Listado de capacitaciòn para el uso de gestiòn documental. 2.Retroalimentar el avance del uso del software de gestiòn documental en comitè de Autocontrol y Mejoramiento Institucional.	2	1/02/2019	31/12/2019	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Fortalecer las estrategias e incrementar los espacios y mecanismos de educación continuada que permitan llegar a un número mayor de colaboradores y elevar el promedio de horas de capacitación. Esto puede ser con recursos propios a través de convenios en el marco.	Evidencias de nuevas estrategias, espacios o mecanismos de educación continuada.	471	Realizar cronograma de capacitaciones y divulgarlo con los jefes lideres de los servicios de Hospitalización.	Cronograma de capacitaciones, divulgadoo con los jefes lideres de los servicios de Hospitalización y socializar en acta de autocontrol.	1	01/01/2019	28/02/2019	ENFERMERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Fortalecer las estrategias e incrementar los espacios y mecanismos de educación continuada que permitan llegar a un número mayor de colaboradores y elevar el promedio de horas de capacitación. Esto puede ser con recursos propios a través de convenios en el marco.	Evidencias de nuevas estrategias, espacios o mecanismos de educación continuada.	472	Ejecutar Cronograma de capacitaciones.	Evidencia de ejecución del cronograma de capacitaciones.	1	1/01/2019	30/09/2019	ENFERMERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Adecuación de la infraestructura física y fortalecimiento de los procesos para fortalecer el control de infecciones	Mejorar las condiciones de la infraestructura física orientados a garantizar áreas para aislamientos de pacientes; al igual que fortalecer los procesos enfocados al control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	Fortalecer e implementar los procesos de limpieza y desinfección de las áreas críticas, con el fin de garantizar ambientes limpios y seguros	Procesos de limpieza y desinfección documentados e implementados	473	Realizar dos veces en el año retroalimentación a los colaboradores de Enfermería de (Sala de partos y salas de cirugia) sobre Limpieza y desinfeccion de areas hospitalarias.	Evidencia semestral de la retroalimentación realizada a los colaboradores de Enfermeria(Sala de partos y salas de cirugia) sobre Limpieza y desinfeccion de areas hospitalarias.	2	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	474	Realizar la medicion de los indicadores de acuerdo a la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	475	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	1	1/02/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	476	Identificar los costos de no calidad en el servicio de Hospitalización unicamente asociados a (Inoportunidad en el cumplimiento de ordenes medicas y demandas por fallas en la atencion de enfermeria) reportar consolidado de manera semestral a la subgerencia Técnico Científica.	Consolidado semestral de los costos de no calidad identificados entregado a la subgerencia Tecnica.	2	1/01/2019	30/12/2019	ENFERMERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	477	Gestionar la adopción la aprobación o actualización de las GPC o protocolos según listado de indentificacion, bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	1	1/03/2019	31/10/2019	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	478	Desarollar la elaborción, actualización o adopción de las GPC o protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado	Acta de reunión de concertacion de los protocolos y/o guias identificadas.	1	1/01/2019	30/09/2019	ENFERMERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	479	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales que correspondan al servicio de enfermería.	Listado de las guias y/o protocolos propios de enfermeria identificados socializado en Subcomite de autocontrol	1	1/01/2019	31/03/2019	ENFERMERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	480	Socializar las GPC que hayan sido actualizados adoptadas o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de socializacion de las guias y/o protocolos identificados.	1	1/07/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	481	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas y dirigidas al Dpto.	Plan de mejora formulado según informes entregados por las auditorias internas.	1	1/01/2019	30/11/2019	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	482	Analizar el informe de Satisfacción y Reporte de PQRSD en comité de Autocontrol.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	483	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora reiterativas que asi lo ameriten acorde a los resultados del Informe PQRSD(si es requerido)	Plan de mejora con los hallazgos y su seguimiento según resultados del analisis al informe	1	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	484	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada mensualmente y socializar en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	1/12/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	485	Definir una estrategia educativa dentro de la estancia hospitalaria para garantizar manejo de la enfermedad y adherencia al tratamiento de los pacientes con Enfermedades cronicas.	Evidencia de ejecucion de la estrategia: Egreso del paciente Diabetico insulino dependiente (Manejo de las insulinas ambulatorias) en el servicio de medicina interna. Se mide a partir de la verificacion.	1	1/03/2019	30/11/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	486	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo a la periodicidad establecida y establecer Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos de cada proceso según periodicidad y Plan de Mejora elaborado, si los resultados asi lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	487	Reportar los sucesos de seguridad del paciente ocurridos en el servicio.	Evidencia del analisis de los sucesos de seguridad de enfermeria en las herramientas de seguridad del paciente.	1	1/02/2019	31/12/2019	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Promover la Cultura en Seguridad del Paciente	Realizar mediciones sistemáticas y periódicas que permitan medir la percepción de los colaboradores frente al tema de seguridad del paciente en el hospital	Implementar acciones de mejora tendientes a corregir las desviaciones encontradas con relación al tema de cultura de Seguridad del Paciente	Acciones de mejora implementadas con relación al tema de cultura de Seguridad del Paciente	488	Realizar 1 ronda de seguridad de Enfermería a cinco(5) servicios Hospitalización y aplicar lista de chequo para ronda de Enfermería. No incluye Urgencias, Uci's y Unidades especiales.	5 Listas de chequeo de Rondas de Enfermería a los servicios de hospitalizacion estableciendo acciones de mejora y Seguimiento a los servicios con adherencia menor al 90%	5	1/03/2019	30/11/2019	ENFERMERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	489	Reportar trimestralmente a las unidades funcionales responsables de las acciones requeridas, para subsanar las necesidades de humanizacion identificadas.	Evidencia del reporte trimestral de las necesidades identificadas.	4	1/01/2019	30/11/2019	ENFERMERIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	490	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Enfermeria en Plataforma estratégica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	CONTABILIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	491	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	ENFERMERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Fortalecer las estrategias e incrementar los espacios y mecanismos de educación continuada que permitan llegar a un número mayor de colaboradores y elevar el promedio de horas de capacitación. Esto puede ser con recursos propios a través de convenios en el marco.	Evidencias de nuevas estrategias, espacios o mecanismos de educación continuada.	492	Liderar la priorizaciòn de las necesidades asistenciales para elaborar y ejecutar el cronograma de capacitaciòn al cliente interno en coordinaciòn con oficinas de talento humano y educacion medica.	Plan de capacitación con necesidades priorizadas para el cliente asistencial en coordinaciòn con oficinas de talento humano y educacion medica.	1	1/04/2019	30/06/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Gestionar e implementar en convenio con Instituciones de Educacion Superior (IES) las prácticas periódicas en laboratorios de simulación para perfiles asistenciales específicos, que permitan fortalecer y mantener las competencias técnicas del personal asistencial,	Solicitud formal de espacios físicos para laboratorio de simulación y su adecuación.	493	Gestionar con la oficina de Educación Medica y dentro de los convenios docencia servicio con Instituciones de formacion tecnica (Universidades, Sena, Escuelas de Enfermeria) la posibilidad de realizar capacitaciones teorico-practicas en sus instalaciones o laboratorios de simulacion, para los colaboradores institucionales y con base en las necesidades del hospital.	Documento donde se evidencia la gestion realizada para realizar las capacitaciones dentro de los convenios docencia servicio.	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Fortalecer los anexos contracturales con las agremiaciones	Incluir en los contratos con las agremiaciones clausulas en las que se estipule la obligatoriedad que tienen las empresas y los agremiados respecto al cumplimiento de las diferentes exigencias del proceso de talento humano, alineado con el proceso de acreditación	Realizar la supervisión periódica al cumplimiento de los contratos con las agremiaciones	Evidencias de la supervisión al cumplimiento de los contratos con las agremiaciones	494	Con el apoyo de un asesor juridico, lograr la incluisiòn de una clausula en los contratos con terceros para personal a cargo de la subgerencia tecnicocientifica, que refiera que deben documentar, implementar y medir el cumplimiento de un proceso de talento humano que cumpla con los estandares del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalrio de Colombia vigente, indicando principalmente que deben con procedimientos, protocolos o mecanismos que aseguren: Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano, Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo, Educación continuada, Evaluación competencias y desempeño, Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial, Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno. Desarrollo de la transformación	Informes de auditoria al cumplimiento de estandares de acreditación a los terceros administradores de talento a cargo de la subgerencia tecnico-cientifica según guia o asesoria de la oficina de calidad.	1	1/12/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Elaborar análisis del portafolio de servicios	En consonancia con la visión institucional el Hospital debe consolidar su portafolio con servicios de alta complejidad y fortalecer los existentes de tal manera que responda a las necesidades en salud de los clientes, por lo cual es importante elaborar un estudio que permita identificar las oportunidades de negocio en cuanto al crecimiento o desarrollo de un Portafolio de Servicios de alta complejidad, lo anterior basado en las necesidades de salud de la población (atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad), al igual que en la demanda de servicios existentes en el departamento y la región; dicho estudio también debe incluir los servicios de mediana y alta complejidad existentes en la institución a fin de fortalecerlos y como resultado final se de llegar a un propuesta económica y operativa de cuáles serían estos servicios existentes y cuáles se deben crear, lo anterior con el fin de	Realizar una caracterización epidemiológica de la morbilidad atendida en el hospital.	Caracterización de Morbilidad institucional.	495	Documentar los resultados del analisis del perfil epidemiologico y las conclusiones que indiquen el enfoque del negocio y Liderar la definición del enfoque de negocio de la institución de acuerdo al Perfil Epidemiologico y el analisis del entorno.	Acta de reuniòn con registro de analisis del perfil epidemiologico y las conclusiones que indiquen el enfoque del negocio	1	1/06/2019	30/07/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Formular proyectos para el desarrollo de nuevos servicios	Documentar y desarrollar proyectos asistenciales que respondan a las necesidades de servicios de salud de la región y de la institución, basados en los perfiles de morbimortalidad	Documentar el proyecto de clínica del dolor.	Evidencias proyecto Clínica del dolor, según cronograma	496	Poner en funcionamiento el programa de manejo del dolor institucional	Informe del funcionamiento del programa entregado a la gerencia	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Formular proyectos para el desarrollo de nuevos servicios	Documentar y desarrollar proyectos asistenciales que respondan a las necesidades de servicios de salud de la región y de la institución, basados en los perfiles de morbimortalidad	Documentar el proyecto de Unidad de Cuidado Intermedio	Evidencias proyecto Unidad de Cuidado Intermedio, según cronograma	497	Gestionar la implementacion de un proyecto de unidad de cuidado intermedio.	Evidencia de la gestion para la implementaciòn del proyecto de unidad de cuidado intermedio.	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Crear Incentivos para fortalecer la Calidad del dato	Incentivos diseñados a implementados para fortalecer la calidad del dato.	498	Diseñar e implementar un programa de incentivos con el talento humano asistencial, según el manejo de la calidad del dato.	Informe de los resultados de la implementación del programa de incentivos a talento humano asistencial que realiza buen manejo de datos, documentado e implementado.	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	499	Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos del comité de historia clinica y lograr resultados positivos de la implementación de las funciones del comité de historias clinicas.	Actas de comité de historias clinicas mensuales, con registro de seguimiento a compromisos de la reunión anterior y registro al final del acta de los compromisos anteriores no cumplidos y los compromisos nuevos.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	500	Exigir y realizar el seguimiento a los indicadores que miden el cumplimiento de atributos de calidad verificables en la historia clinica	Acta de equipo de autoevaluación de PACAS con registro del analisis de los indicadores que miden el cumplimiento de atributos de calidad verificables en la historia clinica	4	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	501	Lograr la implementación de la evaluaciòn de la calidad de los registros de psicologia, trabajo social y nutriciòn	Informe de resultados de evaluación de la calidad de los registros de psicologia, trabajo social y nutriciòn	1	1/10/2019	31/11/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	502	Realizar evaluacion a la calidad de registros a enfermeria	Informe de resultados de evaluación de la calidad la calidad de los registros de enfermeria,	2	1/06/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	503	Tomar acciones correctivas con las desviaciones encontradas en la evaluación de la calidad de los registros de enfermeria, psicologia, trabajo social y nutriciòn	Acta de reuniòn con acuerdos de compromisos con los lideres según los hallazgos en la evaluación de la calidad del dato	4	1/08/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Definir los indicadores y estándares de oportunidad, medición, análisis y definición de acciones de mejora.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios, de respuesta hospitalaria con los que cuenta y de los tiempos de espera en los diferentes momentos de acceso a los servicios administrativos y asistenciales, medirlos, analizarlos y plantear acciones de mejora en las desviaciones identificadas.	Analizar el comportamiento de los tiempos de espera y tomar correctivos.	Acciones de mejora planteadas en la herramienta de mejoramiento derivadas del análisis de los tiempos de espera en el acceso a los diferentes servicios administrativos y asistenciales.	504	Establecer un espacio mensual de analisis de los indicadores de accesibilidad (Puntualidad, Oportunidad) relevantes de las unidades funcionales con los referentes de los equipos de mejoramiento	Acta de reunion mensual con el analisis de indicadores de accesibilidad (Oportunidad, Puntualidad) de los servicios .	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Definir los indicadores y estándares de oportunidad, medición, análisis y definición de acciones de mejora.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios, de respuesta hospitalaria con los que cuenta y de los tiempos de espera en los diferentes momentos de acceso a los servicios administrativos y asistenciales, medirlos, analizarlos y plantear acciones de mejora en las desviaciones identificadas.	Definir indicadores y metas de los tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales. Realizar mediciones periódicas.	Mediciones periódicas de tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos.	505	Definir y delegar acciones de mejora en caso de comportamientos no deseados de los indicadores de oportunidad, según se requiera.	Registro en el acta de reunión de los compromisos o acciones de mejora derivadas del comportamiento no deseado en los indicadores de oportunidad con los diferentes servicios.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Definir los indicadores y estándares de oportunidad, medición, análisis y definición de acciones de mejora.	Definir los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios, de respuesta hospitalaria con los que cuenta y de los tiempos de espera en los diferentes momentos de acceso a los servicios administrativos y asistenciales, medirlos, analizarlos y plantear acciones de mejora en las desviaciones identificadas.	Definir indicadores y metas de los tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos y asistenciales. Realizar mediciones periódicas.	Mediciones periódicas de tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios administrativos.	506	Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos derivados del analisis de comportamientos no deseados en los indicadores de oportunidad.	Registro en el acta de reunión de los seguimientos a los compromisos o acciones de mejora derivadas del comportamiento no deseado en los indicadores de oportunidad con los diferentes servicios.	11	1/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Estandarizar el ciclo de atención	Estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial	Diseñar el ciclo de atención de cada servicio y consolidar el institucional.	Ciclo por servicio	507	Revisar el ciclo de atenciòn institucional, identificar los tramites administrativos y realizar gestión para disminuirlos en las diferentes areas.	Diseño final del ciclo de atención con disminución de tramites administrativos.	1	1/01/2019	30/06/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Evaluar barreras de acceso	Identificar las barreras de acceso, analizar su causa y tomar acciones correctivas.	Analizar las causas de no accesibilidad	Actas de autocontrol con registro de las conclusiones del análisis de causas de no accesibilidad.	508	Priorizar los servicios a implementar los registros de no accesibilidad y luego su consolidaciòn y analisis mensual	Actas de reunion mensual con registro de las conclusiones del análisis de causas de no accesibilidad y acciones de mejora para los servicios asistenciales.	11	1/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B6. Mejorar la Oportunidad y Puntualidad de los Servicios	Evaluar barreras de acceso	Identificar las barreras de acceso, analizar su causa y tomar acciones correctivas.	Analizar las causas de no accesibilidad	Actas de autocontrol con registro de las conclusiones del análisis de causas de no accesibilidad.	509	Tomar correctivos delegando acciones al lider correspondiente según las causas identificadas.	Actas de reunión con registro de acciones correctivas, responsable y seguimiento al cumplimiento.	11	1/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Formular e implementar un modelo de atención, enfocado en la prevención y promoción de la salud, en una atención centrada en el paciente y en responder a las necesidades y expectativas de los usuarios, es decir que aborde los componentes biopsicosociales de los pacientes. El modelo debe integrar todo el ciclo de prestación de servicios, el continuo y los momentos claves de la atención.	Modelo formulado e implementado	510	Liderar el ajuste al GD-SGI-M-003 MODELO DE ATENCION centrado en el usuario y su familia, así mismo debe integrar todo el ciclo de prestación de servicios, el continuo y los momentos claves de la atención, gestionar su aprobación ante la Oficina de Planeación.	Documento ajustado del modelo de atencion centrado en el usuario y su familia, enviado a la Oficina de Planeación para gestionar su aprobación.	1	1/01/2019	30/03/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Evaluar los resultados del modelo de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento del modelo de atención y de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario.	Elaborar instrumentos de medición para evaluar el la aplicación del modelo de atención y los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario; al igual que los conocimientos por parte del personal responsable de su aplicación.	Instrumentos elaborados y validados	511	Identificar los puntos criticos en el modelo de prestación de servicios que afectan la continuidad en la atención y establecer mecanismos de evaluación.	Informe mensual de los resultados de la medición en la continuidad en la atención	11	01/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Evaluar los resultados del modelo de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento del modelo de atención y de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario.	Aplicación de instrumentos de medición y evaluación de acuerdo con el cronograma establecido.	Evaluaciones realizadas según cronograma establecido	512	Tomar acciones correctivas segùn los resultados a la evaluación de su cumplimiento de los puntos criticos relacionados con la continuidad	Actas de reunión con registro de acciones correctivas, responsable y seguimiento al cumplimiento.	11	01/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Diseñar y calcular indicadores de productividad que permitan medir la utilización de los servicios priorizados	Indicadores de productividad diseñados y calculados	513	Realizar dos analisis de los indicadores de producción definidos por los servicios y dejar evidencia en acta de reunión	Actas con el analisis de los indicadores de produccion definidos por los servicios .	2	1/05/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de baja productividad o utilización de los servicios priorizados	Acciones de mejora formuladas e implementadas	514	Una vez realizado el analisis de los indicadores de producción definidos de los servicios asistenciales y según resultados, formular acciones de mejoramiento en compañía de los coordinadores responsables del servicio, si es necesario.	Plan de mejoramiento diseñado producto de los analisis de indicadores de produccion	1	1/05/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra Meta Acreditación
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Evaluar la productividad en servicios priorizados	Diseñar mecanismos de evaluación que permitan calcular indicadores de productividad para servicios priorizados	Realizar ejercicios de referenciación que permitan establecer metas de productividad para los servicios definidos como críticos	Ejercicios de referenciación, para definir metas de productividad realizados	515	Realizar dos referenciaciones ya sean virtual o presencial acerca de la productividad de los servicios en la institucion	Evidencia de la referenciaciones realizadas y su analisis respecto a la productividad de los servicios.	2	1/05/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Hacer seguimiento a los indicadores de productividad de por cada centro de costo	Seguimiento a los indicadores de productividad de por cada centro de costo	516	Hacer analisis al informe del 2do trimestre presentado por el area de costos respecto a los servicios	Acta con el analisis del informe del 2do trimestre presentado por el area de costos de los servicios.	1	1/10/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Realizar un diagnóstico que permita establecer las causas de cancelación de cirugía y los tiempos muertos de las salas	Diagnóstico de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado	517	Realizar una reunión de revisión del informe de auditoria a salas de cirugia y acordar compromisos para mejorar su operación	Acta de reunión con registro de los compromisos para mejorar la operación de las salas de cirugia, registros de responsables	1	1/02/2019	28/02/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Realizar un diagnóstico que permita establecer las causas de cancelación de cirugía y los tiempos muertos de las salas	Diagnóstico de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado	518	Reunión trimestral para hacer seguimiento al cumplimiento de los compromisos	Acta de reunión con registro del seguimiento, indicando compromisos cumplidos con avance o sin iniciar, asi como el registro d ela gestión para logar el cumplimiento.	4	1/04/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	519	Realizar seguimiento semestral al cumplimiento de los acuerdos interservicios entre las diferentes unidades funcionales y establecer correctivos cuando no se cumplan	Informe de los resultados del seguimiento y los compromisos generados con responsable.	2	1/06/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Aplicar en cada una de las unidades funcionales el instrumento de captura de necesidades y riesgos del paciente al momento de su ingreso a la institución, con el fin de poder planear un proceso de atención centrado en el usuario	Evidencias de la aplicación del instrumento de captura de necesidades y riesgos del paciente al momento de su ingreso a la institución	520	Lograr la implementaciòn de la captura de necesidades y riesgos de los usuarios, anàlizando y priorizando las necesidades mas frecuentemente identificadas.	Evidencias de la revisión mensual de la aplicación del instrumento de captura de necesidades y riesgos del paciente al momento de su ingreso a la institución	11	1/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Aplicar en cada una de las unidades funcionales el instrumento de captura de necesidades y riesgos del paciente al momento de su ingreso a la institución, con el fin de poder planear un proceso de atención centrado en el usuario	Evidencias de la aplicación del instrumento de captura de necesidades y riesgos del paciente al momento de su ingreso a la institución	521	Tomar decisiones según los resultados del analisis de la información recolectada en la identificación de necesidades, de manera cuatrimestral.	Actas con delegación de compromisos y cambios establecidos dada la identificación de necesidades.	3	1/04/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Fortalecer las competencias técnicas del personal asistencial.	Consiste en fortalecer los procesos de educación continuada, especialmente en lo relacionado con mejorar el desempeño clínico de los colaboradores	Desarrollar e Implementar un sistema de evaluación, tanto de conocimientos como de resultados, del personal asistencial, que permita identificar las brechas a intervenir	Evaluaciones de conocimientos realizadas y acciones de mejora implementadas según resultados	522	Desarrollar e Implementar un sistema de evaluación para los colaboradores de Enfermeria, de Farmacia y de Terapias tanto de conocimientos como de resultados, que permita identificar las brechas a intervenir. Coordinar con las diferentes agremicaciones.	Evaluaciones de conocimientos realizadas y acciones de mejora implementadas según resultados	1	1/05/2019	30/11/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Fortalecer las competencias técnicas del personal asistencial.	Consiste en fortalecer los procesos de educación continuada, especialmente en lo relacionado con mejorar el desempeño clínico de los colaboradores	Desarrollar e Implementar un sistema de evaluación, tanto de conocimientos como de resultados, del personal asistencial, que permita identificar las brechas a intervenir	Evaluaciones de conocimientos realizadas y acciones de mejora implementadas según resultados	523	Establecer las prerrogativas para los cargos asistenciales de la institución	Documento de perfil de cargos con prerrogativas enviado a la oficina de talento humano.	1	1/02/2019	30/11/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Fortalecer el enfoque preventivo del modelo de atención	El enfoque de los procesos de atención al usuario deben estar complementados con una orientación hacia la promoción de la salud, la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad y el autocuidado, esto hará que tengamos pacientes más comprometidos con su estado de salud.	Evaluar los conocimientos y adherencia al modelo de atención y formular las acciones del caso	Evidencias de evaluación de conocimientos y adherencia al modelo de atención, y acciones de mejora formuladas e implementadas	524	Evaluar los conocimientos y adherencia al modelo de atención en el componente de prevenciòn y promoción y medir la adherencia a ese componente, tomando correctivos según los resultados y formular las acciones del caso	Resultados de evaluación y plan de correctivos con actas de seguimiento.	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Evaluar los resultados clínicos del proceso de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los resultados clínicos, a la luz de referentes internacionales.	Análisis de los resultados del proceso evaluación de los resultados clínicos del proceso de atención y formulación de acciones de mejora según el caso	Acciones de mejora formuladas e implementadas	525	Segùn resultados de conocimiento y adherencia, diseñar y desarrollar un cronograma de capacitaciòn sobre las debilidades halladas en el tema del modelo de prestación de servicios componente promociòn y prevenciòn	Cronograma diseñado, listas de asistencia a capacitaciones.	1	1/09/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Dar aplicación a la totalidad de las estrategias formuladas en el objetivo estratégico B8. "Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios"	Evidencia de aplicación de las estrategias del objetivo B8.	526	Requerir a las unidades asistenciales adoptar los mecanismos o estrategias de control que aseguren la pertinencia en el gasto informar cada cuatro meses su avance.	Informes con el avance de la aplicación de los mecanismos o estrategias de control del gasto implementados en las unidades asistenciales.	2	1/05/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Diseñar y adoptar mecanismos de control que aseguren la pertinencia en el gasto.	Mecanismos de control del gasto implementados	527	Realizar solicitud a las areas asistenciales un informe de costos cada seis meses donde se especifique desde el punto de vista financiero el balance costos - producción por cada unidad funcional.	Requerimientos radicados a las areas asistenciales.	2	1/05/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Realizar un informe del resultado operacional de los centros de costos y unidades funcionales, con el fin de identificar servicios con mayor y menor margen financiero; lo anterior con el propósito que permita identificar, diseñar e implementar estrategias eficientes orientadas a reducir los costos de operación, sin que se ponga en riesgo la calidad de los servicos.	Informe de costos realizado y estrategias de control del gasto formuladas e implementadas. Informe de producción, costos y gastos por unidad funcional .	528	Analizar el Informe de costos una vez sea reportado por cada unidad asistencial, identificar servicios con mayor y menor margen financiero; lo anterior con el propósito que permita identificar, diseñar e implementar estrategias eficientes orientadas a reducir los costos de operación, sin que se ponga en riesgo la calidad de los servicos, dejar evidencia del analisis y estrategias a implementar en actas de reunion.	Acta de reunion cada cuatro meses con el analisis del informe de costos	2	1/05/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	529	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera semestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación semestral a la oficina de Control Interno.	2	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Realización y validación de estudios de Investigación	Estudios realizados y validados	530	Participar del comité de Etica Bioetica e Investigación y solicitar alli la presentación de los estudios publicados y las revistas en que son publicados	Evidencia semestral de estudios realizados y validados	**11**	1/02/2019	30/11/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Publicación de estudios de investigación	Avanzar en la definición, selección y realización de estudios de investigación de manera individual como Hospital Universitario y en alianza con instituciones de educación superior acreditadas.	Realización y validación de estudios de Investigación	Estudios realizados y validados	531	Direccionar la elaboración de un informe de estudios publicados	Informe de estudios publicados en los ultimos 4 años	**1**	1/11/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	532	Mantener actualizados y socializados los lineamientos que enmarcan el funcionamiento de la Oficina de Control Interno.	Manual de Procedimientos de la Oficina de Control Interno, Riesgos, Indicadores, Formatos, Estatuto de Auditoria Interna y Normograma; estandarizados institucinonalmente y socializados al interior de la oficina de Control Interno.	1	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	533	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG.	3	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	534	Realizar de manera semestral una capacitaciòn y evaluaciòn al personal de la oficina de Control Interno en el componente de plataforma estratégica, los procesos y riesgos del área.	Dos evaluaciones enviadas en medio digital a la Oficina de Planeaciòn, con los soportes de los resultados.	2	1/01/2019	1/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	535	Ejecutar el Programa Anual de la Oficina de Control Interno aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno.	Presentar un informe ejecutivo semestral a la Gerencia y al Comité de Cordinación de Control Interno de la ejecución del Programa Anual de la Oficina de Control Interno.	2	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	536	Reportar dos veces al año, mediante un canal de comunicación institucional, avance de la gestión adelantada por su unidad funcional.	Dos (2) publicaciones presentadas	2	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	537	Proponer a la Gerencia la convocatoria para realizar como mìnimo 3 Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno.	Elaborar, como mìnimo, tres (3) propuestas de convocatoria para realizar reuniones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	538	Consolidar el enfoque hacia prevención y la cultura del Autocontrol, la autogestión, la autorregulación y la autoevaluación.	Realizar tres (3) capacitaciones sobre asuntos de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	539	Consolidar el enfoque hacia prevención y la cultura del Autocontrol, la autogestión, la autorregulación y la autoevaluación.	Entregar un (1) articulo sobre asuntos de Control Interno para ser incluido en cada Notihospital.	3	1/01/2019	1/01/2019	CONTROL INTERNO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer el proceso de control interno hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	Procesos de control interno fortalecidos hacia la medición de resultados, y utilización eficiente de los recursos.	540	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas) cargadas en la Carpeta Compartida	12	1/01/2019	31/12/2019	CONTROL INTERNO
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	541	Identificar los indicadores a cargo de Trabajo Social Servicio (En Procesos) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH según necesidad.	Indicadores identificados Fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores por acto administrativo.	1	1/01/2019	31/03/2019	TRABAJO SOCIAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4.Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	542	Realizar la medición de los indicadores a cargo deTrabajo Social, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	TRABAJO SOCIAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	543	Realizar seguimiento al personal asistencial con respecto a la adherencia de los siguientes protocolos: Violencia intrafamiliar Pacientes con intento de suicidio Víctimas violencia sexual.	Un informe del resultado del seguimiento al personal asistencial con respecto a la adherencia de los protocolos: Violencia intrafamiliar, Pacientes con intento de suicidio, Víctimas violencia sexual, con planes de mejora según resultados.	1	1/01/2019	31/12/2019	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	544	Llevar registro estadistico del 100% de las intervenciones de trabajo social en el formato denominado "CONSOLIDACIÓN APOYO / GESTIÓN código CODIGO: AU-TS-F-002A, y presentar **consolidado mensual total**, en el formato "CONSOLIDADO MENSUAL DE ATENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL al SIAU y socializarlo en comité de autocontrol de trabajo social.	Consoliado mensual total entregado y socializado	12	1/01/2019	31/12/2019	TRABAJO SOCIAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	545	Elaborar y ejecutar tres cronogramas incluyendo las siguientes actividades (tema, fecha y responsable) : -Educación a usuarios y sus familias sobre deberes y derechos -Socialización de reglamentos institucionales (Horarios de visitas, Acceso, restrcción de ingreso de alimentos) -Capacitaciones sicoeducativas (Charlas, adjerencia a tratamientos), estos tres cronogramas deberan ser entregados a la oficina del SIAU y Planeación, socializar avances de ejecución en comité de autocontrol de trabajo social.	Cronogramas elaborados y ejecutados con entrega de evidencias de la ejecucion de los tres cronogramas. Cronograma Evidencia Fotografica Listado asistentes	12	1/01/2018	31/12/2018	TRABAJO SOCIAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	546	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo trabajo social, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	1	1/01/2019	31/03/2019	TRABAJO SOCIAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	547	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados.	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan. Socializar en acta de de subcomite de autocontrol y mejoramiento.	12	1/01/2019	31/012/2019	TRABAJO SOCIAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	548	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal de Trabajo Social en Plataforma estrategica, procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	549	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta.	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	TRABAJO SOCIAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Plan de Mejoramiento	550	Registrar las oportunidades de mejora identificadas en el informe de las rondas de seguridad, en la herramienta de mejoramiento del equipo secundario de Ambiente Físico (GIC-GC-F-001-002E) y en conjunto con la líder del equipo de ambiente físico.	Herramienta actualizada de mejoramiento del Equipo secundario de Ambiente Fisico	1	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	551	Realizar auditoria a la adherencia al manual de orden limpieza y desinfeccion.	Informe del resultado de auditoria presentado a la coordinacion de ambiente físico	1	1/06/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente asociados al ambiente físico.	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad asociados al ambiente físico, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos, con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación	Desarrollar indicadores y realizar el cálculo de los mismos	Indicadores formulados y medidos.	552	Suministrar mensualmente el dato de los eventos relacionados con ambiente fisico	Evidencia de envio de informacion a la lider de ambiente fisico.	12	1/01/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente asociados al ambiente físico.	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad asociados al ambiente físico, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos, con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación	Fortalecer el reporte y consolidación de los eventos e incidentes del ambiente físico.	Evidencias de mejora implementadas con el reporte y consolidación de los eventos del ambiente físico.	553	Capacitar semestralmente al equipo de recursos fisicos sobre los mecanismos de reporte de eventos de ambiente físico.	Registros de capacitacion de mecanismos de reporte	2	1/06/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	554	Proveer el reporte de los indicadores de la resolucion 256 del 2016 a la oficina de sistemas de informacion acorde con su periodicidad	Documentos que evidencien el reporte de los indicadores (Res.256/2016) a la oficina de sistemas de informacion	2	1/01/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	555	Socializar resultados de auditoria y asesorar a los coordinadores de las areas auditadas en la elaboracion del plan de mejora resultado de las auditorias ejecutadas por el equipo.	Socializacion de informe de auditoria y actas de asesoria	Según cronograma elaborado	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Realizar la evaluación según cronograma establecido	Evidencias de evaluación según cronograma establecido	556	Diseñar e implementar la evaluacion de la historia clinica, de acuerdo con lo descrito dentro del plan general de auditoria	Informes de auditoria con evaluacion de historia clínica	Según cronograma	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Diseñar y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores.	Resultados de indicadores analizados y validados	557	Analizar los indicadores relacionados en la herramienta de Sharepoint asociados a la oficina de garantia de la calidad	Fichas tecnicas de los indicadores con el analisis relacionado según periodicidad	1	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	558	Identificar los indicadores a cargo del Servicio (En Plan de desarrollo, procesos, políticas) y elaborar fichas técnicas de indicadores identificados Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH.	Indicadores identificados Fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores asociados a la mision de la oficina de garatia de la calidad por acto administrativo.		1/05/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Evaluar los resultados del modelo de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento del modelo de atención y de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos de cara al usuario.	Aplicación de instrumentos de medición y evaluación de acuerdo con el cronograma establecido.	Evaluaciones realizadas según cronograma establecido	559	Diseñar y aplicar las evaluaciones del modelo de atención de acuerdo con lo descrito dentro del plan general de auditoria	Informes de auditoria con evaluacion del modelo de atencion	Según cronograma	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Realizar un diagnóstico que permita establecer las causas de cancelación de cirugía y los tiempos muertos de las salas	Diagnóstico de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado	560	Realizar seguimiento a las acciones de mejora derivadas de las causas de cancelación de cirugía	Actas de asesorias y/o Herramienta (GIC-GC-F-001-002E) donde se evidencie el seguimiento a las acciones de mejora derivadas de las causas de cancelación de cirugía	1	1/03/2019	30/11/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Hacer seguimiento a los indicadores de continuidad en la prestación de los servicios	Evidencias de seguimiento a los indicadores de continuidad en la prestación de los servicios	561	Realizar medicion y analisis de indicador de continuidad	Ficha tecnica de indicador diligenciada y actualizada	1	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente con el fin de identificar problemas relacionados con la respuesta de otros servicios asistenciales	Evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, en el que se identifiquen problemas relacionados con la respuesta de otros servicios asistenciales	562	Diseñar y aplicar la identificacion de problemas relacionados con la respuesta de otros servicios asistenciales de acuerdo con la metodologia de paciente trazador descrita en el plan general de auditoria	Informes de auditoria de Paciente trazador con la identificacion de los problemas relacionados con la respuesta de otros servicios asistenciales segùn cronograma establecido.	según cronograma	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	563	Socializar resultados de auditoria y asesorar a los coordinadores de las areas auditadas en la elaboracion del plan de mejora resultado de las auditorias ejecutadas por el equipo. Igualmente, socializar los resutados de auditorias en el Comité de Historias clinicas.	Socializacion de informe de auditoria, actas de asesoria y actas de Comité de Historias clinicas.	Según cronograma	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	564	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación e informar a los servicios para lo pertinente.	Informes a los servicios, de las GPC a actualizar adoptar o desarrollar según corresponda		1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	565	Registrar las necesidades del grupo de interes según corresponda directamente a la oficina de Garantia de la calidad en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializar en reunion de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y socializada en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	1	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Evaluar los resultados clínicos del proceso de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los resultados clínicos, a la luz de referentes internacionales.	Análisis de los resultados del proceso evaluación de los resultados clínicos del proceso de atención y formulación de acciones de mejora según el caso	Acciones de mejora formuladas e implementadas	566	En relacion con los resultados de la evaluacion de adherencia a guias de practica clinica insitucionales , socializar las conclusiones de auditoria y asesorar a los coordinadores de las areas auditadas en la elaboracion del plan de mejora producto de las auditorias ejecutadas por el equipo de Calidad. Igualmente socializar en comite de Historias clínicas	Socializacion de informe de auditoria de adherencia a guias de practica clinica y/o acta de asesoria y actas de Comité de historia clínica.	Según cronograma	1/05/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Evaluar los resultados clínicos del proceso de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los resultados clínicos, a la luz de referentes internacionales.	Aplicación de los instrumentos de evaluación que permita medir los resultados clínicos del proceso de atención	Evaluaciones realizadas según cronograma establecido	567	Desarrrollar y comunicar el cronograma de auditorias del plan general de auditoria una vez sea elaborado.	Comunicación del cronograma anual de auditoria a los servicios asistenciales, con copia a la oficina de Planeación.	1	1/02/2019	28/02/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Evaluar los resultados clínicos del proceso de atención	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los resultados clínicos, a la luz de referentes internacionales.	Cronograma diseñado e implementado	Cronograma diseñado e implementado	568	Elaborar el plan general de auditoria que relacione cada una de las auditorias que corresponde a la oficina de garantia de la calidad aplicar.	Acta de Autocontrol donde se socializa y aprueba el Plan general de auditoria, reporte con copia a la oficina de Planeación.	1	1/01/2019	1/02/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	569	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo a la periodicidad establecida y establecer Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos del proceso a cargo de la Oficina de Calidad según periodicidad y elaborar Plan de Mejora según resultados y socializando en Actas subcomite de autocontrol.	1	1/01/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Desarrollar e implementar estrategias para fomentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	Estrategias para fomentar la cultura de auto reporte divulgadas e implementadas	570	Medir la proporcion de uso de cada uno de los canales establecidos para el reporte de los sucesos de seguridad de la vigencia 2018	Documento que evidencia el resultado de la distribucion porcentual de cada uno de los canales establecidos para el reporte de los sucesos de seguridad de la vigencia 2018 socializado en comité de Seguridad del Paciente	1	1/01/2019	31/01/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Divulgar el programa institucional de seguridad del paciente	Programa Institucional de seguridad del paciente divulgado e implementado	571	Realizar induccion, reinduccion y capacitacion al perosnal asistencial y administrativo sobre el programa institucional de seguridad del paciente	Documentos que registre induccion, reinduccion y capacitaciones	según cronograma	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el análisis de los sucesos de seguridad a través de procesos de capacitación y acompañamiento a los equipos primarios de mejoramiento-EPM	EPM capacitados en análisis de los sucesos de seguridad	572	Socializar metodologia definida de analisis causal a Equipos Primarios de Mejoramiento.	Documentos que evidencie la socializacion de analisis causal a EPM.	Según EPM	1/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	573	Seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del analisis de los sucesos de seguridad	Documento(s) que evidencie el seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del analisis de los sucesos de seguridad	1	1/07/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Medir el cumplimiento de las actividades planteadas en el Programa institucional de seguridad del paciente	Indicador desarrollado y analizado	574	Elaborar y ejecutar un cronograma con las actividades a desorrollar en el Programa de Seguridad del Paciente, que permita hacer seguimiento y medir el cumplimiento de las mismas. Presentar informes de ejecución mensual a la oficina de Planeacion.	Cronograma de seguridad del paciente elaborado, presentado e informes de ejecucion entregados a la oficina de Planeacion.	11	1/02/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Política de Seguridad del Paciente	Formular e Implementar una Política de Seguridad del Paciente que adopte los lineamientos, directrices y estrategias necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes	Evaluación de la Política de Seguridad del Paciente	Evidencias de evaluación y resultados de los indicadores de Seguridad del Paciente	575	Realizar analisis anual al indicador de la evaluacion de la politica de seguridad del paciente.	Analisis del indicador relacionado en la ficha tecnica.	1	1/12/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Programa Institucional de Seguridad del Paciente	Formular e Implementar el Programa de Seguridad del Paciente, el cual adopta las estrategias sugeridas en la Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Desarrollar un plan de mejoramiento exclusivo para el tema de seguridad del paciente, que permita documentar las acciones implementadas Implementar el programa de seguridad del paciente (identificación segura, prevencion de caidas, administracion segura de medicamentos, control de infecciones, ulceras por presión, cirugía segura, comunicación)	Plan de mejoramiento estructurado Adherencia a las estrategias del programa de seguridad del paciente	576	Registrar dentro de la herramienta de mejoramiento las oportunidades de mejora resultado de la evaluacion a la adherencia del programa de seguridad del paciente.	Herramienta de mejoramiento del programa de seguridad del paciente actualizada.	1	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Programa Institucional de Seguridad del Paciente	Formular e Implementar el Programa de Seguridad del Paciente, el cual adopta las estrategias sugeridas en la Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Realizar ejercicios de referenciación en Seguridad del paciente	Ejercicios de Referenciación realizados	577	Realizar ejercicios de referenciacion virtual o presencial en seguridad del paciente	Documento que evidencie la referenciacion realizada con su respectivo análisis presentado al comité de seguridad del paciente	1	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Promover la Cultura en Seguridad del Paciente	Realizar mediciones sistemáticas y periódicas que permitan medir la percepción de los colaboradores frente al tema de seguridad del paciente en el hospital	Continuar con la aplicación de la encuesta de Percepción en Seguridad del Paciente	Encuesta aplicada	578	Solicitar a las Agremiaciones y Oficina de Talento Humano la aplicación al personal asistencial de las encuestas de Percepción en Seguridad del Paciente	Evidencia del envío de la solicitud del diligenciamiento de encuesta de percepcion en Seguridad del Paciente, para las agremiaciones y Oficina de Talento Humano al personal asistencial y evidencia del analisis del resultado de las encuestas.	2	1/10/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Desarrollar, implementar y medir un plan de capacitación y sensibilización en temas de humanización de la atención dirigido a los colaboradores, articulado con el plan de educación continuada del hospital	Plan de capacitación formulado, implementado y evaluado	579	Realizar y desarrollar cronograma de capacitacion del Plan de Humanización y presentarlo a la oficina de Planeación.	Cronograma de capacitacion elaborado. Evidencias de ejecución reportados al area de Bienestar Laboral	Según cronograma elaborado	1/01/2019	30/03/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Evaluar los resultados del Programa Institucional de Humanización	Resultados de los indicadores del Programa Institucional de Humanización calculados, analizados y con acciones de mejora formuladas	580	Continuar con la medición de los indicadores establecidos en el objetivo estratégico No.13 "Humanización de la Atención" acorde a la periodicidad establecida en la ficha tecnica del indicador	Indicadores del Programa Institucional de Humanización implementados y calculados acorde a la periodicidad establecida en la ficha tecnica del indicador	según periodicidad	1/07/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Implementar las estrategias adoptadas en el Programa Institucional de Humanización	Evidencias de implementación de las estrategias del Programa Institucional de Humanización	581	Socializar a nivel institucional las estrategias adoptadas en el Programa Institucional de Humanización	Evidencias de socializacion de las estrategias del Programa Institucional de Humanización	Según cronograma elaborado	30/03/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Medir la adherencia de las estrategias adoptadas por el Programa Institucional de Humanización y realizar las acciones del caso	Evidencias de medición de la adherencia de las estrategias adoptadas por el Programa Institucional de Humanización; y acciones de mejora formuladas e implementadas	582	Realizar informe semestral de la aplicación de la lista de chequeo de medición de adherencia al programa de humanización y socializar a los servicios como al comité de Gestión y Desempeño	Informes realizados, registro de socializacion a los servicios y actas de comité de Gestion y Desempeño	2	30/06/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Elaborar e implementar el Plan de Mejoramiento Institucional, basada en el modelo institucional de mejoramiento de la calidad mediante una herramienta de monitoreo que permita hacer seguimiento y evaluación al cumplimiento de las acciones de mejora administrativas y asistenciales.	Plan de mejora institucional con acciones definidas para todas las entradas al modelo de mejoramiento.	583	Continuar con el diligenciamiento de la herramienta de mejoramiento institucional identificando oportunidades de mejora de las diferentes entradas del modelo de mejoramiento y socializandolas con el Líder responsable de su ejecución	Herramienta de mejoramiento diligenciada con las oportunidades de mejora identificadas en cada una de las entradas del modelo de mejoramiento junto con las evidencias de concertación con el Lider responsable de su ejecución.	1	1/05/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	584	Participar y aplicar lista de chequeo trimestral de Auditorias de Comites Organizacionales a los comites asistenciales de obligatorio cumplimiento que lidera la sub gerencia tecnicocientifica (urgencias, historias clinicas, reactivovigilancia, hemovigilancia, tecnovigilancia, farmacia y terapeutica, inclusion, etica hospitalaria, investigacion y bioetica, seguridad del paciente, cove, infecciones, trasplante, cancelacion de cirugia)	Listas de chequeo aplicadas de acuerdo a la periodicidad de los Comites asistenciales de obligatorio cumplimiento	4	30/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	585	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Socialización y capacitación del programa institucional de mejoramiento de la calidad.	Actas de socialización	586	Actualizar y socializar el modelo de mejoramiento de la calidad	Documento actualizado y socializado al equipo de calidad, equipos de autoevaluaicón y equipos de mejoramiento institucional.	1	1/04/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Cumplir con los requisitos y obtener el certificado de habilitación por parte de la SSDH	Realizar seguimiento plan de cumplimiento de habilitación resultado de la autoevaluación de acuerdo con los estándares de la normatividad vigente (infraestructura, Gestión del talento humano, procesos y procedimientos, historia clínica, Dotación, medicamentos y dispositivos médicos).	Aplicar instrumentos por cada uno de los servicios y consolidar información.	Instrumentos aplicados	587	Realizar autoevaluacion en habilitacion y socializar informe ante el comité de Gestión y Desempeño	Documento que evidencie la autoevaluacion realizada y evidencia de socialización ante el comité de Gestión y Desempeño	1	1/04/2019	31/05/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Cumplir con los requisitos y obtener el certificado de habilitación por parte de la SSDH	Realizar seguimiento plan de cumplimiento de habilitación resultado de la autoevaluación de acuerdo con los estándares de la normatividad vigente (infraestructura, Gestión del talento humano, procesos y procedimientos, historia clínica, Dotación, medicamentos y dispositivos médicos).	Elaborar el Plan de Cumplimiento	Plan de cumplimiento elaborado	588	Elaborar y realizar seguimiento al plan de cumplimiento en habilitacion generando un informe a presentar al comité de Gestion y Desempeño	Informe que evidencie el plan de cumplimiento y su respectivo seguimiento presentado al comité de Gestión y Desempeño.	1	1/06/2019	31/12/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Desarrollar nuevos canales de comunicación y fortalecer los existentes para comunicar los avances del proceso de mejoramiento y resultados institucionales.	Comunicar al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades información sobre los logros y las estrategias adoptadas para el logro de los resultados .	Fortalecer e implementar nuevos canales de comunicación internos y externos para la socialización e internalización de los resultados de mejoramiento. Comunicar resultados de mejoramiento institucionales a través de los diferentes mecanismos de comunicación con que cuenta la institución (Plan Padrino, Notihospital, Outlook, reuniones de grupo, feria de la calidad	Canales de comunicación del mejoramiento institucional implementados	589	Comunicar resultado del avance de mejoramiento al equipo de mejoramiento institucional.	Registro de comunicación de resultados al equipo equipo de mejoramiento institucional.	1	1/01/2019	30/06/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Actualización de la autoevaluación, con base en los estándares de Acreditación definidos por la Resolución 123 de 2012 que le permita a la institución determinar su grado de brecha de desempeño.	Autoevaluación realizada	590	Elaborar la autoevalucion basada en en los estándares de Acreditación definidos por la Resolución 5095 de 2018.	Documento que evidencie la aplicación de la autoevaluacion	1	1/03/2019	30/04/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado	591	Registrar en la herramientas de mejoramiento institucional las oportunidades de mejora derivadas de la autoevaluacion en acreditacion .	Herramienta de mejoramiento institucional diligenciada.	1	1/04/2019	30/06/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Realizar la actualización de la calificación con respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación, basado en la resolución 123 de 2102	Calificación realizada	592	Realizar informe de resultado de autoevaluacion, entregar a la Gerencia y socialiar en comité de Gestion y Desempeño	Informe de calificacion en estandares de acreditacion entregado socializado en Acta de comité de Gestión y Desempeño.	1	1/03/2019	30/04/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL por parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Elaboración del perfil e informe de acreditación final para enviar a ICONTEC	Perfil e informe de acreditación elaborado	593	Presentar ante la gerencia connsolidado de avances reportados por los lideres responsables de los grupos de estandares con corte a 30 de Junio-19, en habilitación y acreditación para toma de desición frente a obtener la certificacion como Hospital Universitario.	Documento consolidado presentado a la gerencia.	1	1/07/2019	31/08/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Estretegias implementadas e indicadores que soportan la disminución	594	Establecer directrices al interior de la oficina de calidad para promover la racionalización de los recursos naturales (agua, energia electrica) y uso del software de gestion documental)	Documento que evidencie la socializacion al interior de la oficina de calidad de las directrices para la reacionalizacion de los recursos naturales (agua, energia electrica, gas) y uso del software gestion documental (uso racional de papel-comunicaciones internas)	1	1/06/2019	31/08/2019	GARANTIA DE LA CALIDAD
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	595	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina de Tesorería.	Evidencia del reporte oportuno, Evidencias enviadas al área de control interno.	36	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	596	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	597	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia en Acta de Autocontrol de la revisión, creación, actualizacion y socializacion semestral de documentos SGC según necesidad. Formatos de elaboración, ajuste o anulación de documental junto con el documento correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización según necesidad.	2	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	598	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	599	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	TESORERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	600	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Mejorar los tramites administrativos para todos los clientes de la institución.	Tramites instituciones estandarizados	601	Realizar diarimente el monitoreo de los recuados y giros del hospital de todas las entidades bancarias. Igualmente, el control de las cuentas con destinacion especifica. Cuadre y concilicion diaria de caja	Evidencia de 11 consolidados (Archivos Excel) mensuales del boletin diario de caja y bancos una vez esten aprobados los formatos.	11	1/02/2019	31/12/2019	TESORERIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	602	Impulsar en reuniones de autocontrol de la Oficina de Tesorería el uso del software gestión documental y la adherencia de la política de cero papel.	Evidencia semestral del uso de Gestion Documental y socializar en comité de autocontrol.	2	1/01/2019	31/12/2019	TESORERIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A1. Elevar la competencia y motivación del personal	Avanzar en la implementacion de competencias tecnicas.	Este documento incluye un proceso de gestión por competencias que permita definir y evaluar las habilidades y destrezas propias del cargo.	Fortalecer las estrategias e incrementar los espacios y mecanismos de educación continuada que permitan llegar a un número mayor de colaboradores y elevar el promedio de horas de capacitación. Esto puede ser con recursos propios a través de convenios en el marco.	Evidencias de nuevas estrategias, espacios o mecanismos de educación continuada.	603	Realizar y Ejecutar cronograma de capacitaciones a los colaboradores de la Unidad de Salud Mental.	Evidencias del cronograma de capacitaciones elaborado y ejecutado a los colaboradores de la Unidad de Salud Mental.	Segun cronograma	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer el proceso de auditoria a la Historia Clínica y demás registros asistenciales	Mejorar los instrumentos, estrategias, mecanismos, y competencias del personal encargado del proceso de auditoria de Historia Clínica y demás registros asistenciales, con el fin de mejorar su diligenciamiento, calidad de los datos, pertinencia, oportunidad, continuidad y confiabilidad de la información generada durante la atención a los pacientes.	Identificar e implementar estrategias para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica y la de la pertinencia de la atención.	Acciones de mejora formuladas y con evidencia de implementación, de acuerdo con el avance definido en el cronograma.	604	Desarrollar cuatrimestralmente 1 estrategias educativas para mejorar el diligenciamiento de la historia clínica (Dos estrategias en el año)	Informe cuatrimestral donde se evidencie de la ejecución de la estrategias educativas para mejorar el diligencia miento de la historia clínica	2	01/02/2019	01/11/2019	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	605	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área incluido el indicador por productividad, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	606	Gestionar la adopción la aprobación o actualización de las GPC bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Según listado GPC	01/09/2019	31/10/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	607	Desarollar la elaborción, actualización o adopción de las GPC o protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado de guias identificadas	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Según listado GPC	01/02/2019	31/08/2019	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	608	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse socializados en comité de autocontrol	1	01/01/2019	28/02/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	609	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Según aprobacion	01/10/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	610	Formular acciones de mejora producto de las auditorias realizadas a la unidad funcional.	Plan de mejora con las acciones de mejora formuladas según hallazgos de auditoria	1	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	611	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializar en acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y socializadas en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	1/12/2019	UNIDAD MENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	612	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	613	Reportar los sucesos de seguridad del paciente ocurridos en el servicio y Participar en las reuniones convocadas por la oficina de Calidad para el analisis de los sucesos reportados. Producto de dicho analisis, ejecutar las acciones de mejora generadas y correspondientes al servicio.	Consolidado de sucesos de seguridad del paciente reportados a la ofcina de Calidad. Evidencias de la ejecución de las acciones de mejora generadas del analisisis de sucesos de seguridad reportados.	Según hallazgos	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	614	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D16. Obtener la certificación como Hospital Universitario	Reconocimiento como entidad acreditada	Incrementar el ritmo del proceso de mejoramiento de la Calidad, lo anterior con el fin que la institución demuestre altos estándares de calidad con miras a obtener, en el mediano plazo, la ACREDITACIÓNINSTITUCIONALpor parte del Ministerios de Salud y Protección Social a través de ICONTEC	Formulación y ejecución del plan de mejoramiento tendiente a intervenir las brechas de desempeño detectadas durante la autoevaluación	Plan de acción formulado.	615	Responder a los requerimientos de las actividades de los planes de mejora enviados a Unidad de Salud mental resultantes de la autoevaluación de estandares de acreditación.	Evidencia de las actividades ejecutadas según plan de mejora	Según Plan de Mejora	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión par el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	616	Realizar semestralmente una ronda de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos. Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad Plan de Mejoramiento	2	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	617	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	1	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar el proceso de rotación de cama	Incluye evaluar e intervenir las causas de la estancia no pertinente que estén bajo el control del hospital	Identificar las principales causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente	Causas y servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados	618	Medir y analizar las causas de estancia no justificada de manera trimestral.	Documento trimestral de medicion y analisis de estancias no justificadas enviado a la Subgerencia Tecnica.	3	01/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos interservicios implementados y evaluados.	619	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias)	Acuerdos interservicios estructurados.	1	1/01/2019	30/04/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos de respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	620	Realizar seguimiento trimestral a los compromisos de los planes de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas) teniendo en cuenta los Acuerdos Interservicios	Acta de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad.	4	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Controlar los costos de no calidad	Incluye desde la identificación de los costos de no calidad, la intervención y la medición de los mismos	Identificar los costos de NO CALIDAD asociados a: estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades; intervenciones y servicios; eventos adversos; glosas; parada de equipos; no continuidad en la atención; perdida de reputación institucional, no pago de cuentas médicas; demandas por fallas en los servicios, reprocesos, entre muchos otros.	Costos de NO CALIDAD identificados	621	Identificar los costos de no calidad en el servicio y reportarlos de manera semestral a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia del reporte de los costos de no calidad de manera cuatrimestral a la Subgerencia Técnico Científica.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Gestión de costos de Operación por Unidades Funcionales	Implica informar a todas la unidades funcionales sobre sus costos de operación, costos de no calidad y facturación de servicios, con el propósito que los líderes de los servicios asistenciales le den un uso eficiente a los mismos, establezcan controles al gasto operacional y hagan un buen uso del presupuesto asignado.	Informar a cada una de la unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	Evidencias de información a cada una de las Unidades funcionales sobre sus costos de operación y facturación de servicios	622	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis realizdo.	Según recepcion informe de costos	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10.Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	623	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C11. Mejorar la Eficacia de la Atención	Involucrar al paciente y su familia en el proceso de atención.	Contempla hacer más participe al paciente y su familia en el proceso de atención, lo que implica mantenerlo informado y desarrollarle las habilidades y destrezas necesarias para que pueda ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Diseñar e implementar estrategias que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	624	Diseñar e implementar estrategias semestral que permitan desarrollar habilidades y destrezas necesarias en los usuarios con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación. Socializar en autocontrol.	Estrategias para desarrollar habilidades y destrezas en los usuarios diseñadas e implementadas	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Desarrollar e implementar estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	Evidencias de la implementación de las estrategias para formentar la cultura del auto reporte de sucesos de seguridad del paciente	625	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según hallazgos	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	626	Realizar de manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Estretegias implementadas e indicadores que soportan la disminución	627	Implementar y socializar semestralmente en la unidad funcional, una estrategia para impulsar la disminución del consumo de recursos naturales (agua, energia electrica, gas)	Evidencia en acta de subcomite de autocontrol,la socialización de la estretegia implementada y e indicadores que soportan la disminución	2	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	628	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual que incluya oficios internos institucionales	Evidencias de Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	12	1/01/2019	31/12/2019	UNIDAD MENTAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Adecuación de la infraestructura física y fortalecimiento de los procesos para fortalecer el control de infecciones	Mejorar las condiciones de la infraestructura física orientados a garantizar áreas para aislamientos de pacientes; al igual que fortalecer los procesos enfocados al control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud	Avanzar en la adecuación de espacios para aislamientos de pacientes	Áreas adecuadas para manejo de pacientes aislados	629	Establecer un plan de trabajo que incluya las actividades básicas para permitir el aislamiento de pacientes y cumplir con los indicadores de ambiente físico	Plan de trabajo elaborado Evidencia de la Ejecución del Plan de Trabajo, dejar evidencia del seguimiento en actas de subcomité de autocontrol y Mejoramiento.	Según Plan de Trabajo	1/03/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo, de protección personal, higienización de manos.	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	630	En Subcomite de Autocontrol determinar junto con almacen, recursos físicos y suministros, las necesidades que requieren inversión de recursos para tramitar su cumplimiento, según la disponibilidad de recursos con los que se cuenten priorizar y hacer y hacer seguimiento a su ejecución.	Acta de Subcomite de Autocontrol con necesidades priorizadas según reporte de las áreas de almacen, recursos físicos y suministros y evidencia del seguimiento a las mismas.	12	1/02/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Mejorar la gestión de los vertimientos líquidos de la institución.	Realizar un estudio de la necesidad de contar con un sistema de tratamiento de aguas residuales no domesticas y así mismo determinar mediante la elaboración de un proyecto la importancia de por que se requiere esta implementación.	Gestionar ante la alta dirección la necesidad del diseño e implementación de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales - PTAR	Evidencias de la gestión ante la dirección la necesidad del diseño e implementación de la PTAR	631	Realizar acompañamiento para la ejecución del contrato de la construcción de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales P.T.A.R., dejar evidencia del acompañamiento en actas mensuales una vez inicie la ejecución.	Actas mensuales donde se evidencie el acompañamiento a la ejecución del contrato de la construcción de la Planta de Tratamiento de Aguas Residuales P.T.A.R	Según fecha de inicio	1/01/2019	30/06/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Proyecto para la actualización del acelerador lineal de la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario de Neiva	Actualización de tecnología para la realización de radioterapia (tratamiento con radiación del Cáncer) en la Unidad del Hospital mediante la adquisición de un Acelerador Lineal de ultima tecnología.	Actualización del proyecto en metodología MGA con los respectivos soportes.	Equipo adquirido por el Hospital y puesto en funcionamiento al servicio de los usuarios.	632	Elaborar estudios técnicos para la construcción del Bunker, avalado por el Ministerio de Salud y presentar nuevamente el proyecto ante el Ministerio para su aprobación.	Proyecto radicado ante el Ministerio de Salud	1	1/01/2019	30/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer el sistema de redes eléctricas de la institución.	Identificar las fuentes de alimentación eléctrica las cuales permiten verificar su estado actual y así mismo verificar por medio de un diagnostico los cambios presentes	Elaborar un cronograma para dar cumplimiento a la normatividad RETIE	Cronograma elaborado	633	Adecuar con norma RETIE la Subestación eléctrica y según la disponibilidad de recursos ejecutar el cronograma establecido en el diagnóstico proyectado para mejorar la redes eléctricas; se tramitará la adquisición de recursos para cumplir con las adecuaciones	*Realizar la contratación para adecuar la Subestación electrica con norma RETIE, según disponibilidad de recursos *Realizar contratación para Adquiriri una planta eléctrica, según disponibilidad de recursos		01/01/209	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	634	Solicitar la socialización de los resultados de los indicadores contenidos en los Procesos, Politicas, objetivos estratégicos entre otros a cargo de las áreas que dependen de la Subgerencia Administrativa (Suministros, Recursos Fisicos, Técnologia Biomedica, Almacen, Gestión Documental, Servicio de alimentos) y dejar registro del analisis en Actas de Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento.	Evidencia de la socialización, medicion y analisis de los indicadores en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la Subgerencia.	12	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Actualización de la tecnología biomédica	Comprende realizar un diagnóstico de las condiciones, necesidades, recursos disponibles para reposición de tecnología biomédica, al igual que establecer metodologías e instrumentos que permitan su adquisición, lo que implica establecer y describir los lineamientos y estrategias que permitan orientar la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología, los cuales permitirán al Hospital, tener claridad sobre aspectos tales como la evidencia de seguridad de la tecnología de salud, la efectividad, necesidad de inclusión en el modelo de atención, requerimientos previos y los criterios de costo efectividad requeridos.	Creación de un comité de Gestión de la Tecnología, que permita la priorización de los recursos para su adquisición, el análisis de las propuestas, entre otros temas	Comité creado y en operación	635	Seguimiento trimestral a la implementación del comité de Gestión de Tecnologia	Actas de comité suscritas.	4	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Actualizar periódicamente la matriz de riesgo por cada proceso (asistencial y administrativo), con el propósito evaluar la efectividad de los controles implementados y establecer su calificación	Matrices de Riesgo actualizadas	636	Actualizar la matriz de riesgo relacionada con los procesos a cargo de la Subgerencia Administrativa, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos a cargo de la Subgerencia Administrativa debidamente actualizada.	1	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	637	Realizar seguimiento a los riesgos asociados al Proceso de Reconocimiento y pago de siniestros entre otros, identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Adelantar procesos de renegociación de tarifas y honorarios con el personal especialista de la institución	Evidencias de renegociación de tarifas y honorarios con especialistas.	638	Definir y ejecutar estratégias que permitan la austeridad del gasto y hacer seguimiento al cumplimiento dejando evidencia en actas de las estrategias implementadas.	Evidencia de las estratégias definidas y ejecutadas y actas de comité.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	639	Realizar de Manera semestral educación continua en el componente de Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	640	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	641	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	642	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Reportes de gestión documental que evidencien el uso de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.		1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	643	Socializar el Plan Anticorrupción y/o Ejecutar las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de socializacion del Plan anticorrupción y/o de la ejecución de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano junto conla presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer los Proceso de selección de provedores con criterios tecnicocientificos	Procesos de selección de provedores con criterios tecnicocientificos	644	Seleccionar los proveedores para la adquisicion de servicios, equipos y muebles, según críterios establecidos en el Manual de Contratación	Cuadros comparativos de precios de mercado para los procesos de adquisición de servicios, equipos y muebles, para los casos que obligue el manual de contratación	Según tipo de contratación y cuantia	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	645	Realizar la medición de los indicadores (Procesos) a cargo del servicio de Quirofanos, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	646	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necesidad	1/05/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Formular acciones de mejora que permitan intervenir las causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos en salas	Acciones de mejora formuladas con relación a intervención de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos en salas	647	Intervenir en las causas que puedan ser controladas directamente desde salas de cirugia dejando evidencia en actas de de comité de Cancelación de Cirugia de las acciones de mejora a implementar, Reportar informe mensual de cancelación de cirugia a Gerencia.	Acciones de mejora intervenidas de causas de cancelación de cirugía y seguimiento de las mejoras en actas de comité y evidencia del reporte del informe de cancelación de cirugia a la gerencia de manera mensual.	11	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Realizar un diagnóstico que permita establecer las causas de cancelación de cirugía y los tiempos muertos de las salas	Diagnóstico de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado	648	Identificar y consolidar mensualmente las causas de cancelación de cirugía y presentarlos en comité de Cancelación de Cirugias.	Causas de cancelación de cirugía Identificadas y presentadas en comité de cancelación de Cirugias (Actas)	11	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar la operación de salas de cirugía	Realizar una reingeniería al proceso de cirugía con el fin de mejorar la operación de salas de salas quirúrgicas	Realizar un diagnóstico que permita establecer las causas de cancelación de cirugía y los tiempos muertos de las salas	Diagnóstico de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado	649	Solicitar a Garantia de la calidad una auditoria externa minimo dos veces al año para evaluar tiempos muertos en salas de cirugias, (Definir especialidad y especialista que incrementa los tiempos muertos), según resultados de auditoria identificar los correctivos que ameriten.	Evidencia de la solicitud a garantia de la calidad de una auditoria externa. Según resutados definir especilidad y especialista que incrementa tiempos muertos con identificación de correctivos.	2	1/02/2019	1/03/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos interservicios implementados y evaluados.	650	Liderar reunión para establecer acuerdos interservicios y/o seguimiento a los compromisos según necesidad.	Actas de reuniones extraordinarios con acuerdos definidos y/o con la evidencia del seguimiento.	Según Necesidad	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	651	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse		1/02/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	652	Desarollar la elaborción, actualización o adopción de las GPC o protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado de guias identificadas	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en un acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Según Listado de guias Identificadas	1/02/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	653	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica adjuntando acta de concenso en la cual se evidencia la concertación previa del documento.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Acto Administrativo que adopte GPC	1/02/2019	1/12/2019	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	654	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Socializaciòn de la GPC	1/02/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	655	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garantia de la Calidad y reporte de informe con los hallazgos.	Planes de mejoramiento aprobados por el lider de la unidad y el auditor de calidad. Estos se elaboran de acuerdo a la entrega de informes de auditoria de la oficina de Calidad.	Dar cumplimiento con los compromisos plamados en los planes de mejoramiento aprobados.	1/02/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	656	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	11	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	657	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y Actas de autocontrol y Mejoramiento donde se haga referencia al resultado obtenido.	11	1/03/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	658	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	659	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	100%	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Implementar estrategias para el control de infecciones	Monitorizar y analizar los posibles casos de infecciones asociadas a la atención con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a estos eventos.	Implementar técnicas asépticas para procedimientos especiales	Protocolo técnicas asépticas para procedimientos especiales	660	Socializar y medir adherencia al protocolo de técnicas asépticas para procedimientos especiales al personal de quirofanos.	Lista de asistencia de socialización del protocolo. Lista de chequeo para medir adherencia del protocolo.	100% adheridos al procolo	1/02/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	661	Realizar de manera semestral educación continua a los colaboradores del servicio de quirofanos en el componente de Plataforma estrategica, procesos y riesgos.	Realizar dos evaluaciones y enviar los resultados junto con las evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	QUIROFANOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	662	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	QUIROFANOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	663	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A5. Disponer de Tecnología Biomédica Segura y Humanizada	Programa Institucional de Tecnovigilancia	Incluye la identificación de los eventos de tecno vigilancia, las estrategias de reporte y divulgación y la gestión de los eventos e incidentes asociados a la tecnología en salud, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a los dispositivos médicos, al igual que realizar la medición de los eventos de tecnovigilancia.	Definición e implementación de una base de datos con todos los eventos de tecnovigilancia que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	664	Realizar el reporte trimestral oportuno al INVIMA de Incidentes Adversos (IADM) y de Eventos Adversos asociados a Dispositivos Médicos (EADM).	Evidencia de los reportes trimestrales realizados al INVIMA	4	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	665	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según necesidad	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Certificación del Hospital en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)	Lograr por parte del INVIMA, la certificación del hospital en BPC, lo anterior con el fin de poder desarrollar ensayos clínicos en seres humanos, en el marco de las exigencias de Hospital Universitario	Realizar la Autoevaluación de los requisitos establecidos en la Resolución 2378 de 2008 o normativa vigente.	Autoevaluación realizada	666	Participar en reuniones convocadas y notificadas por la oficina de Educacion Medica para la revision de los requisitos establecidos por la normatividad legal vigente relacionada con el servicio farmaceutico y elaborar las acciones de mejora a desarrollar según revision.	Acta de reunion conjunta con las acciones de mejora a desarrollar realizada de la revision de la normatividad legal vigente.	Según convocatoria	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Certificación del Hospital en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)	Lograr por parte del INVIMA, la certificación del hospital en BPC, lo anterior con el fin de poder desarrollar ensayos clínicos en seres humanos, en el marco de las exigencias de Hospital Universitario	Realizar las Autoevaluaciones necesarias y los ajustes respectivos para cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución 2378 de 2008 o normativa vigente.	Autoevaluaciones de seguimiento realizadas y ciclos de mejora cerrados	667	Gestionar las acciones de mejora, producto de la revisión de los requisitos establecidos por la normatividad legal vigente relacionada con el servicio farmaceutico y realizada en conjunto con oficina de Educacion Medica.	Evidencias de las gestiones realizadas de acuerdo a la verificacion normativa realizada.	Según necesidad detectada	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Certificación del Hospital en Buenas Prácticas Clínicas (BPC)	Lograr por parte del INVIMA, la certificación del hospital en BPC, lo anterior con el fin de poder desarrollar ensayos clínicos en seres humanos, en el marco de las exigencias de Hospital Universitario	Realizar las gestiones necesarias para obtener la certificación en BPC por parte del INVIMA.	Certificación en BPC	668	Asistir a las capacitaciones programadas para la certificacion en BPC previa convocatoria notificada	Listados de asistencia a las capacitaciones según convocatoria	Según convocatoria	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	669	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garatia de la Calidad, previamente programadas y comunicadas.	Acciones de mejora formulados según resultados auditoria de Garantia Calidad	Según aplique	1/03/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	670	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES. y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y socializacion en Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	671	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo a la periodicidad establecida y establecer Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los eventos de tecnovigilancia que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	672	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad de los sucesos de seguridad relacionados con farmacovigilancia.	Consolidado con el reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad relacionados con farmacovigilancia.	1	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	673	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del Servicio Farmaceutico en Plataforma estratégica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	674	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SERVICIO FARMACEUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	Evidencias de capacitación y sensibilización a los grupos de interés de relacionados con la calidad del dato	675	Elaborar, divulgar y ejecutar cronograma de capacitación relacionado con el correcto diligenciamiento y calidad del dato de historias clínicas, dirigido a todos los colaboradores de la Uci Pediátrica y divulgarlo a través de la cartelera informativa de cada unidad.	Cronograma elaborado Evidencia de divulgacion del cronograma a través de la cartelera institucional del servicios Evidencia de la ejecución del cronograma.	1	1/02/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Crear incentivos para fortalecer la calidad del dato. Se identificaran mejores registros.	Incentivos diseñados e implementados para fortalecer la calidad del dato.	676	Realizar una evaluación semestral de adherencia a guías y registros de historias clínicas.	Evidencia o informe de las evaluaciones realizadas y análisis de los resultados obtenidos.	2	1/03/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	677	Realizar la medición de los indicadores identificados en la Uci Pediátrica, incluye los indicadores del proceso CÓDIGO: GA-UCC-C-001 de Atención en Uci Pediátrica y segun periodicidad establecida.	Evidencia del analisis y medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la unidad.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	678	Socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad. (Manual de enfermeria, proceso de atencion)	Listado de asistencias a la socializaciones realizadas de los procesos y procedimientos derivados del manual de enfermeria y proceso de atención.	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos Interservicios Implementados y Evaluados.	679	Identificar con que Unidades se requieren nuevos acuerdos interservicios, Implementarlos y evaluarlos; Seguimiento a los acuerdos interservicios y elaborar acciones de mejora si es necesario.	Acuerdos interservicios estructurados y socializados según identificacion realizada . Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los acuerdos interservicios y a los compromisos registrados en las acciones de mejora de los acuerdos generados.	Según Identificación realizada	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	680	Identificar acciones de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, procedimientos especiales)	Acta de autocontrol donde se evidencien las acciones de mejora identificados del indicador de oportunidad y socializarlo en reunión de autocontrol.	Según mejoras identificadas	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	681	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse	1	1/01/2019	31/03/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	682	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de las GPC o protocolos ya identificados pendientes por aprobación.	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en Acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Acta(s) de concenso que actualice o adopte GPC	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	683	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Oficio(s) a oficina educación médica	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	684	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Según aprobacion	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	685	Formulas acciones de mejora identificadas en las entradas en el modelo de mejoramiento y realizar el respectivo seguimiento	Herramienta de mejoramiento (PMC) actualizada mensualmente con su respectivo seguimiento	1	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	686	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	687	Realizar seguimiento a los riesgos de los procesos a cargo de la Uci Pediátrica de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y registrar acciones de mejora en la herramienta PMC según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y acciones de mejora registradas, si los resultados así lo ameritan; socializacion en acta de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	688	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados	689	Realizar analisis de los sucesos de seguridad reportados y clasificados como eventos adversos e incidentes haciendo uso de la herramienta de analisis	Heramienta de analisis diligenciada por evento adverso e incidente analizado	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	690	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atenció de los grupos de interes de la Uci Pediátrica según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Evidencia del reporte de las necesidades identificadas.	1	1/03/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	691	Realizar de manera semestral capacitacion y evaluación al personal de la unidad en Plataforma estratégica, mapa de procesos y riegos.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	692	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI PEDIATRICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	693	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Pantallazo del software de gestion documental mostrando el uso y socializacion en Subcomite de autocontrol.	Evidencia de uso	1/02/2019	1/12/2019	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	Evidencias de capacitación y sensibilización a los grupos de interés de relacionados con la calidad del dato	694	Elaborar, divulgar y ejecutar cronograma de capacitación relacionado con el correcto diligenciamiento y calidad del dato de historias clínicas, dirigido a todos los colaboradores de la Uci Neonatal y divulgarlo a través de la cartelera informativa de cada unidad.	Cronograma elaborado Evidencia de divulgacion del cronograma a través de la cartelera institucional del servicios Evidencia de la ejecución del cronograma.	1	1/02/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Crear incentivos para fortalecer la calidad del dato. Se identificaran mejores registros.	Incentivos diseñados e implementados para fortalecer la calidad del dato.	695	Realizar una evaluación semestral de adherencia a guías y registros de historias clínicas.	Evidencia o informe de las evaluaciones realizadas y análisis de los resultados obtenidos.	2	1/03/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	696	Realizar la medición de los indicadores identificados en la Uci Neonatal, incluye los indicadores del proceso CÓDIGO: GA-UCC-C-001 de Atención en Uci Neonatal y segun periodicidad establecida.	Evidencia del analisis y medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la unidad.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	697	Socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad. (Manual de enfermeria, proceso de atencion)	Listado de asistencias a la socializaciones realizadas de los procesos y procedimientos derivados del manual de enfermeria y proceso de atención.	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos Interservicios Implementados y Evaluados.	698	Identificar con que Unidades se requieren nuevos acuerdos interservicios, Implementarlos y evaluarlos; Seguimiento a los acuerdos interservicios y elaborar acciones de mejora si es necesario.	Acuerdos interservicios estructurados y socializados según identificacion realizada . Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los acuerdos interservicios y a los compromisos registrados en las acciones de mejora de los acuerdos generados.	Según Identificación realizada	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	699	Identificar acciones de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, procedimientos especiales)	Acta de autocontrol donde se evidencien las acciones de mejora identificados del indicador de oportunidad y socializarlo en reunión de autocontrol.	Según mejoras identificadas	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	700	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse	1	1/01/2019	31/03/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	701	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de las GPC o protocolos ya identificados pendientes por aprobación.	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en Acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Acta(s) de concenso que actualice o adopte GPC	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	702	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Oficio(s) a oficina educación médica	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	703	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Según aprobacion	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	704	Formulas acciones de mejora identificadas en las entradas en el modelo de mejoramiento y realizar el respectivo seguimiento	Herramienta de mejoramiento (PMC) actualizada mensualmente con su respectivo seguimiento	1	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	705	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	706	Realizar seguimiento a los riesgos de los procesos a cargo de la Uci Neonatal de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y registrar acciones de mejora en la herramienta PMC según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y acciones de mejora registradas, si los resultados así lo ameritan; socializacion en acta de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	707	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados	708	Realizar analisis de los sucesos de seguridad reportados y clasificados como eventos adversos e incidentes haciendo uso de la herramienta de analisis	Heramienta de analisis diligenciada por evento adverso e incidente analizado	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	709	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atenció de los grupos de interes de la Uci Neonatal según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Evidencia del reporte de las necesidades identificadas.	1	1/03/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	710	Realizar de manera semestral capacitacion y evaluación al personal de la unidad en Plataforma estratégica, mapa de procesos y riegos.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	711	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI NEONATAL
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	712	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Pantallazo del software de gestion documental mostrando el uso y socializacion en Subcomite de autocontrol.	Evidencia de uso	1/02/2019	1/12/2019	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	Evidencias de capacitación y sensibilización a los grupos de interés de relacionados con la calidad del dato	713	Elaborar, divulgar y ejecutar cronograma de capacitación relacionado con el correcto diligenciamiento y calidad del dato de historias clínicas, dirigido a todos los colaboradores de la Uci Ginecologica y divulgarlo a través de la cartelera informativa de cada unidad.	Cronograma elaborado Evidencia de divulgacion del cronograma a través de la cartelera institucional del servicios Evidencia de la ejecución del cronograma.	1	1/02/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Crear incentivos para fortalecer la calidad del dato. Se identificaran mejores registros.	Incentivos diseñados e implementados para fortalecer la calidad del dato.	714	Realizar una evaluación semestral de adherencia a guías y registros de historias clínicas.	Evidencia o informe de las evaluaciones realizadas y análisis de los resultados obtenidos.	2	1/03/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	715	Realizar la medición de los indicadores identificados en la Uci Ginecologica, incluye los indicadores del proceso CÓDIGO: GA-UCC-C-001 de Atención en Uci Ginecologica y segun periodicidad establecida.	Evidencia del analisis y medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la unidad.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	716	Socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad. (Manual de enfermeria, proceso de atencion)	Listado de asistencias a la socializaciones realizadas de los procesos y procedimientos derivados del manual de enfermeria y proceso de atención.	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos Interservicios Implementados y Evaluados.	717	Identificar con que Unidades se requieren nuevos acuerdos interservicios, Implementarlos y evaluarlos; Seguimiento a los acuerdos interservicios y elaborar acciones de mejora si es necesario.	Acuerdos interservicios estructurados y socializados según identificacion realizada . Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los acuerdos interservicios y a los compromisos registrados en las acciones de mejora de los acuerdos generados.	Según Identificación realizada	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	718	Identificar acciones de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, procedimientos especiales)	Acta de autocontrol donde se evidencien las acciones de mejora identificados del indicador de oportunidad y socializarlo en reunión de autocontrol.	Según mejoras identificadas	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	719	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse	1	1/01/2019	31/03/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	720	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de las GPC o protocolos ya identificados pendientes por aprobación.	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en Acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Acta(s) de concenso que actualice o adopte GPC	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	721	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Oficio(s) a oficina educación médica	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	722	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Según aprobacion	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	723	Formulas acciones de mejora identificadas en las entradas en el modelo de mejoramiento y realizar el respectivo seguimiento	Herramienta de mejoramiento (PMC) actualizada mensualmente con su respectivo seguimiento	1	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	724	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	725	Realizar seguimiento a los riesgos de los procesos a cargo de la Uci Ginecologica de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y registrar acciones de mejora en la herramienta PMC según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y acciones de mejora registradas, si los resultados así lo ameritan; socializacion en acta de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	726	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados	727	Realizar analisis de los sucesos de seguridad reportados y clasificados como eventos adversos e incidentes haciendo uso de la herramienta de analisis	Heramienta de analisis diligenciada por evento adverso e incidente analizado	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	728	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atenció de los grupos de interes de la Uci Ginecologica según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Evidencia del reporte de las necesidades identificadas.	1	1/03/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	729	Realizar de manera semestral capacitacion y evaluación al personal de la unidad en Plataforma estratégica, mapa de procesos y riegos.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	730	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI GINECOLOGICA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	731	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Pantallazo del software de gestion documental mostrando el uso y socializacion en Subcomite de autocontrol.	Evidencia de uso	1/02/2019	1/12/2019	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	Evidencias de capacitación y sensibilización a los grupos de interés de relacionados con la calidad del dato	732	Elaborar, divulgar y ejecutar cronograma de capacitación relacionado con el correcto diligenciamiento y calidad del dato de historias clínicas, dirigido a todos los colaboradores de la UCI ADULTOS y divulgarlo a través de la cartelera informativa de cada unidad.	Cronograma elaborado Evidencia de divulgacion del cronograma a través de la cartelera institucional del servicios Evidencia de la ejecución del cronograma.	1	1/02/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Campañas de calidad del dato	Fomentar entre los responsables de la generación de los datos clínicos y administrativos su buena calidad, como requisito indispensable para la generación de información y conocimiento	Crear incentivos para fortalecer la calidad del dato. Se identificaran mejores registros.	Incentivos diseñados e implementados para fortalecer la calidad del dato.	733	Realizar una evaluación semestral de adherencia a guías y registros de historias clínicas.	Evidencia o informe de las evaluaciones realizadas y análisis de los resultados obtenidos.	2	1/03/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	734	Realizar la medición de los indicadores identificados en la UCI ADULTOS, incluye los indicadores del proceso CÓDIGO: GA-UCC-C-001 de Atención en UCI Adultos y segun periodicidad establecida.	Evidencia del analisis y medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la unidad.	Según periodicidad	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	735	Socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad. (Manual de enfermeria, proceso de atencion)	Listado de asistencias a la socializaciones realizadas de los procesos y procedimientos derivados del manual de enfermeria y proceso de atención.	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos Interservicios Implementados y Evaluados.	736	Identificar con que Unidades se requieren nuevos acuerdos interservicios, Implementarlos y evaluarlos; Seguimiento a los acuerdos interservicios y elaborar acciones de mejora si es necesario.	Acuerdos interservicios estructurados y socializados según identificacion realizada . Actas de autocontrol donde se evidencie el seguimiento a los acuerdos interservicios y a los compromisos registrados en las acciones de mejora de los acuerdos generados.	Según Identificación realizada	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Formular acciones de mejora que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	Acciones de mejora formuladas e implementadas que permitan mejorar los tiempos respuesta por parte de otros servicios asistenciales u otras especialidades	737	Identificar acciones de mejora del indicador de oportunidad en la prestacion de servicio (Interconsulta de especialidades médicas, procedimientos especiales)	Acta de autocontrol donde se evidencien las acciones de mejora identificados del indicador de oportunidad y socializarlo en reunión de autocontrol.	Según mejoras identificadas	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	738	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse	1	1/01/2019	31/03/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	739	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de las GPC o protocolos ya identificados pendientes por aprobación.	GPC o protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en Acta de concenso por el servicio asistencial responsable.	Acta(s) de concenso que actualice o adopte GPC	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	740	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de las guias o protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Oficio(s) a oficina educación médica	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	741	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica aprobadas.	Según aprobacion	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	742	Formulas acciones de mejora identificadas en las entradas en el modelo de mejoramiento y realizar el respectivo seguimiento	Herramienta de mejoramiento (PMC) actualizada mensualmente con su respectivo seguimiento	1	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	743	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSF en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del analisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	744	Realizar seguimiento a los riesgos de los procesos a cargo de la UCI Adultos de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y registrar acciones de mejora en la herramienta PMC según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y acciones de mejora registradas, si los resultados así lo ameritan; socializacion en acta de autocontrol.	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	745	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad del 100% de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia del reporte a la oficina de Garantía de Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicios.	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados	746	Realizar analisis de los sucesos de seguridad reportados y clasificados como eventos adversos e incidentes haciendo uso de la herramienta de analisis	Heramienta de analisis diligenciada por evento adverso e incidente analizado	Según ocurrencia	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C13. Humanizar los Servicios	Formular e implementar un Programa Institucional de Humanización	Implica estructurar e implementar el Programa de Humanización el cual desarrolla la Política y el Decálogo del Trato Humanizado, este programa aborda los componentes estratégicos, necesarios para humanizar la atención.	Gestionar las acciones necesarias para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atención (Parte locativa, tecnología, alimentación, dormida, ruido, manejo del dolor, actividades lúdicas, espirituales, horarios de visitas etc.), acorde con lo establecido en las demás políticas.	Evidencias de las gestiones realizadas para implementar las acciones requeridas	747	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades para mejorar las condiciones de humanización de la infraestructura e instalaciones físicas, equipos y dispositivos médicos, entorno hospitalario y proceso de atenció de los grupos de interes de la UCI Adultos según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Evidencia del reporte de las necesidades identificadas.	1	1/03/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	748	Realizar de manera semestral capacitacion y evaluación al personal de la unidad en Plataforma estratégica, mapa de procesos y riegos.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación	2	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	749	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	750	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Pantallazo del software de gestion documental mostrando el uso y socializacion en Subcomite de autocontrol.	Evidencia de uso	1/02/2019	1/12/2019	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	751	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Oficina de Contratación.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Oficina de Contratación.	Según periodicidad establecida para cada informe.	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	752	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la oficina de Contratación, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	753	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	Según Necedidad.	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	754	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados.	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según periodicidad establecida.	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	755	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Contratación en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	756	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	757	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta.	Actas de reunión del Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	CONTRATACION
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	758	Ajustar las fichas técnicas de los indicadores de urgencias (Ajustar metas o variables del indicador si se requiere, clasificar indicador de oportunidad, continuidad y productividad). Realizar el analisis y la medición de los indicadores identificados a cargo del proceso de urgencias segun perioricidad establecidida.	Evidencia del seguimiento de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Comité de Urgencias.	12	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	759	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y listado de asistencia de socialización.	Según necesidad	1/02/2019	31/12/2019	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B8. Mejorar la eficiencia y productividad de los servicios	Mejorar los tiempos respuesta en servicios priorizados	Realizar una evaluación al continuo del proceso de atención al paciente, con el fin de identificar problemas relacionados con la falta de oportunidad en la interconsulta de especialidades médicas, toma y entrega de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas, entrega de hemoderivados, respuesta de servicios quirúrgicos y asignación de camas, entre otros; con el fin de intervenir sus causas	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (Urgencias, Cirugía, UCI, etc.)	Acuerdos Interservicios Implementados y Evaluados.	760	Seguimiento cuatrimestral a los acuerdos interservicios y elaborar acciones de mejora si es necesario.	Actas de reunion donde se evidencie el seguimiento a los acuerdos interservicios y a los compromisos registrados en las acciones de mejora de los acuerdos generados.	3	1/01/2019	31/12/2019	UCI ADULTOS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC adoptadas mediante acto administrativo	Acto Administrativo que adopte GPC firmado y publicado	761	Gestionar la adopción la aprobación o actualización bajo acto administrativo ante la oficina de educación medica.	Evidencia del reporte a la oficina de educación medica de los protocolos a adoptar, aprobar o actualizar.	Oficio(s) a Educacion médica	1/04/2019	31/12/2019	URGENCIAS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	GPC concertadas y avaladas por los responsables de su aplicación	GPC concertadas con los responsables de su aplicación	762	Desarollar la elaboración, actualización o adopción de los protocolos identificados para su posterior concertación por los responsables de su aplicación según listado identificado	Protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en acta de concenso por el servicio asistencial responsable Según Listado de guias Identificadas	Según listado de identificación	1/04/2019	31/12/2019	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Identificar las GPC que deban actualizarse o desarrollarse, según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación.	GPC actualizadas o creadas	763	Identificar los protocolos de Atención en Salud que requieran elaborar, actualizar o adoptar según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse o adoptarse	1	1/02/2019	31/03/2019	URGENCIAS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Contar con la documentación necesaria para la planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Implica consolidar el soporte documental, basado en evidencia, en el que se establezca la forma de atender el mayor número de patologías médicas, procedimientos de enfermería, bacteriología, terapias, nutrición y de mas disciplinas asistenciales existentes en el hospital, con lo cual se pueda dar cumplimiento a los requisitos del procesos prioritarios de habilitación, y los estándares de planeación del cuidado y tratamiento de acreditación.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	764	Socializar las GPC o protocolos que hayan sido actualizados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Evidencia de Socialización de las Guías de Practica Clínica o protocolos aprobados dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación, actualización o adopción.	Según aprobación	1/04/2019	31/12/2019	URGENCIAS
2- PROCESOS INTERNOS	B9. Mejorar la Pertinencia de la Atención	Evaluar los resultados del proceso de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes	Desarrollar instrumentos y metodologías de evaluación que permitan establecer el nivel de adherencia y conocimiento de los documentos de planeación del cuidado y tratamiento de los pacientes.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	765	Formulas acciones de mejora identificadas en las entradas en el modelo de mejoramiento y realizar el respectivo seguimiento	Herramienta de mejoramiento (PMC) actualizada mensualmente con su respectivo seguimiento	1	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	766	Analizar el informe de Satisfacción y Reporte de PQRSF en comité de urgencias.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSF registrado en actas de comité de urgencias.	12	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	767	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados del Informe de Satisfacción y Reporte de PQRSF	Evidencia de las acciones formuladas, implementadas y el seguimiento y de la implementación.	Según analisis del informe	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	768	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializacion cuatrimestral acta de comité de autocontrol y mejoramiento	Herramienta diligenciada y seguimiento cuatrimestral en Actas de comité de autocontrol y mejoramiento.	3	1/01/2019	1/12/2019	URGENCIAS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	769	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos según periodicidad y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	Incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Definición e implementación de una base de datos con todos los sucesos de seguridad del paciente que permita su consolidación, reportes y calculo de indicadores	Herramienta desarrollada e implementada	770	Realizar el reporte a la oficina de Garantía de la Calidad de los sucesos de seguridad presentados en el servicio.	Evidencia de envío trimestral del consolidado de sucesos de seguridad del paciente presentados en el servicio urgencias y reportados a la oficina de Calidad.	4	1/01/2019	1/12/2019	URGENCIAS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Gestión de los Sucesos de Seguridad del Paciente	incluye la identificación de los sucesos de seguridad del paciente, las estrategias de reporte, captura, análisis y gestión de los eventos ocurridos, con el fin de minimizar los riesgos a asociados a la atención en salud, al igual que realizar la medición de los sucesos de seguridad del paciente.	Fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora producto de los análisis de los sucesos de seguridad del paciente, así como la evaluación de la efectividad de las estrategias planteadas	Seguimientos realizados y evaluados Analisis de los eventos de seguridad presentados.	771	Participar en las reuniones convocadas por la oficina de Calidad para el analisis de los sucesos reportados. Producto de dicho analisis, ejecutar las acciones de mejora generadas y correspondientes al servicio.	Evidencias de la ejecución de las acciones de mejora generadas del analisisis de sucesos de seguridad reportados.	Según resultados análisis	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	772	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal de la unidad de urgencias en Plataforma estratégica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	773	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento	12	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Centrar los procesos de atención en el usuario y su familia	Reestructurar los procesos asistenciales con el fin de dar respuesta a las necesidades del usuario y su familia, lo que implica contar con un modelo de atención centrado en el paciente y su familia, alinear los procesos asistenciales con los propósitos del modelo de atención, desarrollar programas y demás estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de salud de los usuarios, acondicionar la infraestructura y contar con los insumos, tecnología y demás requerimientos para garantizar una atención centrada en el usuario; que tenga como objetivo lograr una atención humanizada, desarrollar en los usuarios o sus cuidadores habilidades y destrezas necesarias para participar del proceso de atención, fortalecer su autocuidado y estimular un cambio en los estilos de vida saludables.	Implementar y socializar el modelo de atención	Modelo de atención implementado	774	Socializar semestralmente al 60% del personal de urgencias en el ciclo de atención del servicio.	Evidencia de la socialización del 60% del personal en el ciclo de atención de urgencias.	2	1/01/2019	31/12/2019	URGENCIAS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	775	Gestionar en el personal del area administrativa del servicio de Urgencias, el uso del software de gestión documental	Evidencias del uso del software de gestion documental cuatrimestralmente	3	1/03/2019	31/12/2019	URGENCIAS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Plan de Mejoramiento	776	Establecer planes de mejoramiento según los resultados de las rondas de seguridad en higiene de manos y aislamientos hospitalario	Cuatro (4) planes de mejoramiento de acuerdo a la ronda de seguridad de Aislamiento Hospitalario e Higiene de manos, para trimestre se entregará informe preliminar de las últimas rondas.	4	1/04/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A2. Mejorar la seguridad y humanización del ambiente físico	Fortalecer la gestión para el manejo seguro del ambiente físico	Identificar, analizar y responder a necesidades de ambiente físico, que incluye necesidades del cliente interno y externo, plan de readecuación del ambiente físico, análisis de riesgos físicos y seguridad industrial	Realizar rondas de seguridad en la práctica de higienización de manos y aislamiento hospitalario del personal asistencial de la Institución	Diligenciamiento del formato cuando se realicen las rondas de seguridad	777	Realizar rondas de seguridad en la práctica de higienización de manos y aislamiento hospitalario del personal asistencial de la Institución	Ocho (8) Rondas de seguridad de Aislamiento Hospitalario e Higiene de manos. (Cuatro de cada uno).	8	1/02/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A3- Consolidar un Portafolio de Alta Complejidad	Elaborar análisis del portafolio de servicios	En consonancia con la visión institucional el Hospital debe consolidar su portafolio con servicios de alta complejidad y fortalecer los existentes de tal manera que responda a las necesidades en salud de los clientes, por lo cual es importante elaborar un estudio que permita identificar las oportunidades de negocio en cuanto al crecimiento o desarrollo de un Portafolio de Servicios de alta complejidad, lo anterior basado en las necesidades de salud de la población (atención de las principales causas de morbilidad y mortalidad), al igual que en la demanda de servicios existentes en el departamento y la región; dicho estudio también debe incluir los servicios de mediana y alta complejidad existentes en la institución a fin de fortalecerlos y como resultado final se de llegar a un propuesta económica y operativa de cuáles serían estos servicios existentes y cuáles se deben crear, lo anterior con el fin de	Realizar una caracterización epidemiológica de la morbilidad atendida en el hospital.	Caracterización de Morbilidad institucional.	778	Depurar la base de datos egresos Indigo 2018 y realizar documento de Caracterización de Morbilidad institucional en formato pdf y Publicar en el Link epidemiología la caracterización. (escritorio de computadores red)	Una base de datos depurada, Un documento Caracterización de Morbilidad institucional en PDF y evidencia de la Publicación del documento en el link de epidemiología.	1	1/01/2019	31/05/2019	EPIDEMIOLOGIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar las fuentes de información faltantes para el calculo de los indicadores de gestión y proceder con su desarrollo e implementación	Fuentes de información faltantes identificadas, desarrolladas e implementadas	779	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Epidemiologia, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciònen comité de Salud Publica e IAAS.	12	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de la revisión de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	780	Revisar y socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	1	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	781	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y socializar en acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Actas de autocontrol y Mejoramiento con la socializacion del Formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES diligenciado.	12	1/01/2019	1/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	782	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo a la periodicidad establecida y establecer Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos de cada proceso según periodicidad y elaborar Plan de Mejora.	12	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Implementar estrategias para el control de infecciones	Monitorizar y analizar los posibles casos de infecciones asociadas a la atención con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a estos eventos.	Desarrollar el entrenamiento en prevención y control de las IAAS	Cronograma de entrenamiento para la prevención y control de las IAAS desarrollado	783	Elaborar y ejecutar un cronograma de entrenamiento para la prevención y control de las IAAS.	Cronograma elaborado y ejecutado de entrenamiento sobre las medidas de prevención de las Infecciones asociadas a la atención en salud (Higiene de Manos y Aislamiento Hospitalario) elaborado.	1	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Implementar estrategias para el control de infecciones	Monitorizar y analizar los posibles casos de infecciones asociadas a la atención con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a estos eventos.	Establecer el proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de infecciones	Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de infecciones	784	Elaborar bimensualmente acciones de mejora producto del analisis del reporte de infecciones.	Planes de mejora con las acciones producto del analisis del reporte de infecciones.	6	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Implementar estrategias para el control de infecciones	Monitorizar y analizar los posibles casos de infecciones asociadas a la atención con el fin de disminuir los factores de riesgo asociados a estos eventos.	Realizar el Plan de prevención y control, donde se establezcan responsabilidades para la prevención de las IAAS.	Plan de prevención y control de las IAAS	785	Gestionar la aprobación del Plan de Prevención y control de las Infecciones Asociadas a la atención en salud (IAAS), socializar a los responsables de la implementación.	Acta preaprobatoria firmada por los responsables de la implementación del Plan. Evidencia de la gestión para aprobación del Plan ante la oficina de Planeación. Listado de asistencia de socialización a responsables de la implementación.	1	1/01/2019	31/06/2019	EPIDEMIOLOGIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	786	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área Epidemiologia en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	787	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	EPIDEMIOLOGIA
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Elaboración de informes de gestión	Desarrollar los informe de gestión requeridos por la gerencia y la institución, de acuerdo con las exigencias normativas	Construir y elaborar los reportes de información establecidos por la entidades de Inspección, Vigilancia y Control .	Reportes de información para entidades de Inspección, Vigilancia y Control oportunamente generados y presentados	788	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo de la Unidad funcional.	Evidencia del reporte oportuno de los informes de Obligatorio Cumplimiento a cargo de la Unidad Funcional.	Según listado identificados	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	789	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciòn de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina (indicadores semestrales).	2	1/07/2019	31/12/2019	SUMINISTROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
2- PROCESOS INTERNOS	B7. Mejorar la Continuidad de la Atención	Contar con procesos estandarizados que permitan evidenciar una atención continua e integral a los pacientes, en los servicios asistenciales	Implica revisar y ajustar los procesos asistenciales, a fin de contar con un soporte documental de calidad centrado en el usuario, con lo cual se pueda dar cumplimiento al ciclo de atención en el marco del modelo de atención y los estándares y ejes de acreditación en lo referente a una atención centrada en el usuario, y una atención excelente y segura. De igual forma la iniciativa contempla la aplicación y evaluación de los procesos y modelo de atención	Procesos y procedimientos asistenciales y administrativos socializados	Evidencias de socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	790	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad.	Evidencia de la revisión-socialización en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento de los documentos del SGC. Formato de elaboración, ajuste o anulación de documentos; junto con el soporte correspondiente radicado en la Oficina de Planeación y acta de socialización.	1	1/02/2019	30/10/2019	SUMINISTROS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Aplicación de instrumentos de evaluación (Encuesta de Satisfacción) a los grupos de interés de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra	791	Aplicar una encuesta anual de satisfacción del proveedor al 70% de los proveedores.	Evidencia de Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra.	70%	1/03/2019	30/10/2019	SUMINISTROS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Evaluar la satisfacción de los Grupos de Interés	Implica evaluar y medir el grado de percepción que tienen los grupos de interés con respecto los servicios prestados por el hospital, al igual que el desempeño de sus procesos institucionales, con el fin de poder realizar las mejoras necesarias y poder incrementar su satisfacción	Realizar informe de evaluación, calcular indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas	Informes de evaluación elaborados, indicadores calculados y analizados y acciones de mejora formuladas e implementadas	792	Elaborar informe de la encuesta de satisfacción del proveedor y presentar al comité de contratación.	Informe elaborado y presentado en comité de contratación de los resultados de la encuesta.	1	1/11/2019	30/11/2019	SUMINISTROS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer el proceso de detección y respuesta a las necesidades y expectativas los grupos de interés	Formular e implementar un proceso que permita detectar las necesidades y expectativas los grupos de interés (Usuarios y su Familia, Asociación de Usuarios, Colaboradores, Clientes Corporativos, IPS Remitentes, Proveedores, Entidades de Educación y Estudiantes, entre otros) con el fin dar respuesta a las mismas, para lo cual es necesario que la institución los incluya como parte de la planeación de los procesos asistenciales y administrativos.	Adelantar campaña educativa dirigida al cliente interno con el fin de sensibilizarlo respecto a la detección de necesidades de los usuarios	Evidencias de la campaña educativa dirigida al cliente interno	793	Recepcionar, registrar y gestionar las necesidades del grupo de interes según corresponda en el formato excel GD-DE-F-002A CONTROL DE NECESIDADES y acta de Autocontrol y Mejoramiento.	Herramienta diligenciada y socializacion Actas de autocontrol y Mejoramiento.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C10. Elevar la Satisfacción de los Clientes	Fortalecer los mecanismos de escucha activa al usuario y sus familias	Comprende identificar nuevas estrategias y canales de comunicación que permitan conocer las manifestaciones de los usuarios (Quejas, Sugerencias o Reconocimientos) basado en el tipo de usuario atendido en el hospital, es decir que tenga en cuenta su nivel socio económico, preferencias culturales y nivel de escolaridad; lo anterior con el fin de poder mejorar los procesos institucionales de cara al usuario.	Implementar acciones de mejora de acuerdo con los resultados de la evaluación	Evidencias de acciones de mejora formuladas e implementadas	794	Estructurar e implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de evaluación del nivel de satisfacción del proveedores vigencia 2018 siempre y cuando los resultados no superen el 70% de satisfacción.	Plan de mejora estructurado y evidencias de la implementación según resultados de evaluación del nivel de satisfacción del proveedors vigencia 2018	Según resultados de la evaluación	1/12/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C12. Incrementar la Seguridad del Paciente	Fortalecer Procesos de Gestión del Riesgo	Unificar la metodología de gestión del riesgo, en el sentido que dé respuesta a las exigencias del DAFP y el estándar 82 de Acreditación	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	795	Realizar seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y elaborar Plan de Mejora según resultados	Evidencia del seguimiento a los riesgos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	796	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área de Suministros en Plataforma estratégica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	797	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Mejorar las condiciones ambientales del entorno	Aportar al medio ambiente con el uso eficiente de los recursos naturales	Disminuir el uso del papel mediante el mejoramiento de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	Implementación de la comunicación electronica y la gestion documental virtual.	798	Incrementar el uso del software Gestión Documental y la adherencia a la directriz de cero papel. Socializar en comité de autocontrol el avance	Socializar en Actas de autocontrol los reportes de uso del software de Gestion Documental.	12	1/01/2019	31/12/2019	SUMINISTROS
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Buen Gobierno	Ser transparentes , eficientes en el uso de los recursos economicos y responsables tributariamente.	Fortalecer los Proceso de selección de provedores con criterios tecnicocientificos	Procesos de selección de provedores con criterios tecnicocientificos	799	Realizar la aplicación de cuadros comparativos para la adquisicion de elementos para la institcion.	Evidencia o muestra mensual del 5% de cuadros comparativos aplicados a las ordenes de compra institucionales	5%	1/01/2019	31/!2/2019	SUMINISTROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	Nuestra META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
1- APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad	Fortalecer la batería de indicadores de gestión para que permita hacer el seguimiento a los procesos asistenciales y administrativos con el fin establecer el avance en la gestión de la calidad; así mismo diseñar o adquirir una herramienta informática que facilite la integración y monitorización de los indicadores a fin de que funcione a manera de un tablero o cuadro de mando por proceso y a nivel institucional.	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	800	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la subgerencia financiera, (Riesgo financiero y evolucion del gasto, Proporción de recursos generados por facturación de Servicios de Alta Complejidad, Proporción de Recursos perdidos por Costos de No Calidad y por unidad de valor relativo producida, según la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socialización de resultados en los Subcomités de Autocontrol de la Subgerencia Financiera anualmente.	1	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Diseñar y adoptar mecanismos de control que aseguren la pertinencia en el gasto.	Mecanismos de control del gasto implementados	801	Realizar reunion cuatrimestral (Abril, Julio, Octubre) con la Gerencia, Subgerencias, Oficina de Talento Humano, Oficina de Planeacion y control interno, con el fin de presentar informe presupuestal y financiero; generar actas y compromisos tendientes al control del gasto.	Tres actas refrendadas donde se evidencie los compromisos y seguimiento	3	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA
3- RESULTADOS INSTITUCIONALES	C14. Elevar la rentabilidad financiera	Desarrollar estrategias que permitan incrementar los ingresos	Revisar los procesos existentes a fin de ajustarlos y proponer nuevas estratégias con el proposito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos y un incremento en los niveles de rentabilidad de la institución.	Gestionar descuentos financieros con proveedores	Evidencias de la gestión con respecto a descuentos financieros. Informe mensual sobre los descuentos financieros obtenidos	802	Gestionar descuentos financieros y realizar informe mensual sobre los descuentos financieros obtenidos.	Evidencias de la gestión con respecto a descuentos financieros. Informe mensual sobre los descuentos financieros obtenidos	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	803	Ejecutar las actividades del Plan de Acción Integrado MIPG a cargo de la oficina y reportar los avances de manera cuatrimestral a la oficina de Control Interno.	Evidencia de la ejecución de las actividades del Plan de Acción MIPG y presentación de Informes cuatrimestrales a la oficina de Control Interno.	3	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Ajustar el soporte documental de calidad	Ajustar los documentos del enfoque, (procesos, políticas, normas técnicas, manuales).	Realizar el despliegue de los documentos ajustados.	Evidencias de despliegue	804	Realizar de manera semestral capacitación y evaluación al personal del área Financiera en Plataforma estrategica, los procesos y riesgos del área, reportar evaluaciones en medio magnético a la oficina de Planeación.	Listados de asistencia del personal capacitado y evaluado Envió de evaluaciones en medio digital a la oficina de Planeación.	2	1/01/2019	1/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA	NUESTRA META ACREDITACIÓN
		2019	
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	VERSION: 01
			CODIGO: GD-DE-F-002BE

EJE ESTRATEGICO	OBJETIVO ESTRATEGICO	INICIATIVAS PROPUESTAS O ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS O ESTRATEGIA	ACCIONES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	N° DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	META	TIEMPO INICIO	TIEMPO FINAL	UNIDAD Y/O RESPONSABLE
4- MISIÓN Y VISIÓN	D15. Ser reconocidos por nuestra calidad, en el ámbito Regional y Nacional	Avanzar en el proceso de mejoramiento continuo con miras a la acreditación de la institución.	Consolidar y afinar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados, con enfoque sistémico, documentado en un plan de mejora institucional que permita hacer seguimiento a las acciones de mejora formuladas; en el cual se tenga la participación activa de todos los procesos administrativos y asistenciales y se muestre su liderazgo.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	805	Realizar Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento. (12 actas)	12	1/01/2019	31/12/2019	SUBGERENCIA FINANCIERA

(Firmado Original)
JESUS ANTONIO CASTRO VARGAS
Gerente

(Firmado Original)
MARLENY QUESADA LOSADA
Jefe Oficina de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional