HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	1	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	1/01/2020	31/12/2020	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	2	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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	3	Elaborar y Ejecutar cronograma para realizar rondas de seguridad de orden limpieza y aseo.	Cronograma eleaborado y Ejecutado.	Según cronograma	1/01/2020	31/12/2020	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	4	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	1/01/2020	31/12/2020	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	5	Realizar un Informe de ejecucion del Plan de Mantenimiento vigencia anterior (2019)	Informe Anual de ejecucion del Plan de Mantenimiento vigencia anterior (2019) enviado a la Gerencia	1	1/01/2020	28/02/2020	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.	6	Elaborar el Plan de Mantenimiento Hospitalario para la vigencia 2020.	Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2020.	1	1/01/2020	31/01/2020	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.	7	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	1/01/2020	31/01/2020	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.	8	Liderar la Ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo.	Plan de mantenimiento ejecutado en un 90%.	90%	1/01/2020	31/12/2020	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.	9	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	1/01/2020	31/12/2020	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	10	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	1/01/2020	31/12/2020	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	11	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	1/01/2020	31/12/2020	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	12	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	1/01/2020	31/12/2020	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	13	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	1/01/2020	31/12/2020	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	14	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	1/01/2020	31/12/2020	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	15	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	1/01/2020	31/07/2020	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	16	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	1/01/2020	31/12/2020	RECURSOS FISICOS
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.	17	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	1/01/2020	31/12/2020	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	18	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	19	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	1/01/2020	31/12/2020	RECURSOS FISICOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado

FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD: INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		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	1/01/2020	31/12/2020	RECURSOS FISICOS
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 ACREDITACIÓNINSTITUCIONAL 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.	21	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	1/01/2020	31/12/2020	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	22	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	1/01/2020	31/12/2020	CARTERA
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.	23	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) **según necesidad de la dependencia de cartera y glosa** (semestral).	Evidencia semestral 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	1/01/2020	31/12/2020	CARTERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado

FORMATO

PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2020

UNIDAD

INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)

Nuestra META ACREDITACIÓN

FECHA DE EMISION: ENERO 2018

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	24	Realizar y documentar una reunión cada dos (2) meses con el equipo de Auditores Médicos, Auditores Clínicos y Subgerente Tecnico-cientifico y las áreas que lo ameritan para analizar y socializar las causas de las glosas asociadas a costos de no calidad en la actividad a desarrollar.	Actas de reunión Código: GIC GC-F-001C diligenciada - Bimestral	6	1/01/2020	31/12/2020	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	25	Identificar costos de no calidad cliente a cliente del resultado de las conciliaciones de las objeciones y/o devoluciones y reportarlos a la Subgerencia Técnico- Científica y calidad de forma bimestral.	Notificacion bimestral a la Of_subgerencia tecnica y Of_Calidad	6	1/01/2020	31/12/2020	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	26	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	1/01/2020	31/12/2020	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	27	Realizar dos circularizaciones durante el 2020 al total de los deudores con cartera registrada a 31 de diciembre de 2019 y 30 de junio de 2020, 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 para excluir de la circularizacion.	2	1/01/2020	31/12/2020	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	28	Enviar dos cobros pre jurídico a los terceros que no respondan la circularización realizada (Abril y Octubre), prejuridicos a las entidades que notifican las objeciones fuera de los terminos normativos, de acuerdo a los oficios remitidos por la dependencia de glosas	Evidencias de los dos cobros pre jurídicos enviados a los terceros que no respondan las circularizaciones, prejuridicos al incumplimiento de los acuerdos de pago y prejuridicos a la notificacion de glosa extemporanea.	2	1/01/2020	31/12/2020	CARTERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	29	Conciliar y/o adelantar cruces de cartera del 100% de las Entidades deudoras de la institucion aprobadas en el subcomite de autocontrol de cartera.	Actas de conciliación y/o Cruces de cartera , estado de cuenta por plataforma portal web, evidencia del traslado del pago del 100% de la cartera.	100%	1/01/2020	31/12/2020	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	30	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	1/01/2020	31/12/2020	CARTERA
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.	31	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 consolidado y evidencia de la gestión para la ejecución.	1	7/01/2020	31/12/2020	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.	32	Requerir trimestralmente a los servicios asistenciales las necesidades relacionados con las actividades de educación continuada para la vigencia 2020, 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	1/03/2020	31/12/2020	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.	33	Reportar de manera semestral el desarrollo de las actividades del Plan de Capacitación de educación continua de la vigencia (2020) 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	1/06/2020	31/12/2020	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	34	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	1/05/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	Presentar el Plan a ofertar a Jurídica y Presupuesto para evaluar su viabilidad.	Concepto de Jurídica y Presupuesto para ofertar el plan	35	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	1/04/2020	31/12/2020	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	36	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	Según periodicidad	1/02/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA
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.	37	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	15/02/2020	31/12/2020	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	38	Liderar la revisión de las guias, protocolos consentimientos informados 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. 3100 de 2019	9	1/02/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	39	Elaborar Informe de guías, Protocolos o Consentimientos Informados de acuerdo a la verificación documental y resolución 3100 de 2019.	Informe de verificación documental.	1	1/12/2020	31/12/2020	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	40	Gestionar ante el servicio la elaboración adopción, actualización, adaptación de las GPC , Protocolos y Consentimientos Informados de acuerdo a identificación documental junto con la oficina de Garantia de la Calidad.	Evidencia de gestión ante los servicios de la elaboración, adopción, actualizacion y adaptación de guías, protocolos y consentimientos Formato del consolidado de los documentos identificados	Según Identificación	3/02/2020	31/12/2020	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	41	Gestionar el acto administrativo para la elaboración, adopción, adaptación y/o actualización de Guías, Protocolos o consentimientos informados	Acto Administrativo de las guías, protocolos y/o consentimientos informados elaboradas, adoptadas, adaptadas y/o actualizadas.	Según necesidad	3/02/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	42	Reportar al servicio en medio electronico la aprobación, adopción, adaptación o actualización por acto administrativo de las GPC, Protocolos y consentimiento informados solicitando la socialización en el servicio en un plazo no mayor a 30 días habiles.	Evidencia de correos electronicos de las GPC , protocolos o consentimientos informados dirigido a los servicios solicitando la socialización de las mismas que han sido aprobados en un plazo no mayor a 30 días habiles	Según necesidad	15/02/2020	31/12/2020	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	43	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 virtual aplicada a la muestra de los estudiantes - Encuesta fisica escaneadas) aplicada a las intituciones educativas	Según muestra	1/06/2020	31/12/2020	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	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	44	Elaborar informe de acuerdo a los resultados de las encuestas de satisfaccion periodo 2020 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	1/11/2020	31/12/2020	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	45	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 de la presentación del informe ante el comité interno de docencia servicio y plan de mejora si se requiere.	1	1/11/2020	31/12/2020	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	46	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	1/04/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	47	Divulgar la politica Educación Médica a las unidades funcionales y registrar grado de avance de manera semestral en comité de Autocontrol.	Evidencias de divulgacion por los diferentes canales de comunicación virtual de la politica y registro en acta de Autocontrol del grado de avance.	2	1/03/2020	31/12/2020	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	48	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	1/02/2020	31/12/2020	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	49	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	7/01/2020	31/12/2020	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.	50	Asesorar estudios de investigación según necesidad del investigador.	Evidencia de la asesoría de estudios (Listados de asistencia).	Según necesidad	7/01/2020	31/12/2020	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.	51	Recepcionar y consolidar los proyectos de investigación.	Consolidado de proyectos recepcionados.(una base de datos).	1	7/01/2020	31/12/2020	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.	52	Convocar mensualmente al comité de ética bioética e investigación y remitir los proyectos de investigación para su revisión.	Evidencia de convocatoria al comité de ética bioética e investigación y reporte de los proyectos de investigaciónpara su revisión.	12	7/01/2020	31/12/2020	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.	53	Realizar Reunión mensual del comité de ética para evaluar, aprobar o desaprobar los proyectos de investigación.	Actas de comite de etica bioetica e investigación donde se envidencia la revisión de los proyectos presentados durante el periodo convocado	12	7/01/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	54	Invitar a los grupos de investigación de la institución a participar en las convocatorias emitidas por los diferentes entes regionales como nacionales durante la vigencia referente al área de la salud, siempre y cuando este ofertado.	Evidencia de la invitación a participar a las convocatorias según corresponda.	Según convocatoria	15/02/2020	31/12/2020	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	55	Solicltar 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%	3/02/2020	31/12/2020	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	56	Realizar seguimiento cuatrimestral a los proyectos de investigación aprobados en el año 2019 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	1/05/2020	31/12/2020	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	57	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 revistas cientificas	2	7/01/2020	31/12/2020	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	58	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	1/04/2020	31/12/2020	EDUCACION MEDICA
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	59	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.	24	1/01/2020	31/12/2020	TESORERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	60	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.	12	1/01/2020	31/12/2020	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.	61	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) 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.	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	1/01/2020	31/12/2020	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	62	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	1/01/2020	31/12/2020	TESORERIA
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	63	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	1/01/2020	31/12/2020	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	64	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	1/01/2020	31/12/2020	TESORERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	65	Reportar oportunamente los informes de obligatorio cumplimiento a cargo del área contable.	Evidencia del reporte oportuno.	Según número de informes Identificados	1/01/2020	31/12/2020	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	66	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	1/01/2020	31/12/2020	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	67	Certificar mensualmente el monto de la deuda por concepto de salarios y contratación externa y enviarlos a la Subgerencia Financiera según la periodicidad establecida.	Evidencia del envío de los certificados a Subgerencia Financiera según la periodicidad establecida.	12	1/01/2020	31/12/2020	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	68	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	1/01/2020	31/12/2020	CONTABILIDAD
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.	69	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	1/01/2020	31/12/2020	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	70	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	1/01/2020	31/12/2020	CONTABILIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado

FORMATO

PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2020

UNIDAD

INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)

Nuestra META ACREDITACIÓN

FECHA DE EMISION: ENERO 2018

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).	Capacitación para estandarización y mejora de procesos.	Evidencias de actas de capacitación	71	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	1/01/2020	31/12/2020	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	72	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	1/01/2020	31/12/2020	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	73	Presentar oportunamente las declaraciones tributarias de acuerdo a las fechas establecidas en la Ley.	Evidencias de las declaraciones tributarias presentadas de forma oportuna	24	1/01/2020	31/12/2020	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	74	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	1/02/2020	1/12/2020	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	75	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	1/01/2020	1/12/2020	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	76	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	11	1/02/2020	1/12/2020	JURIDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	77	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	1/02/2020	1/12/2020	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	78	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	1/01/2020	1/12/2020	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	79	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	1/01/2012	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	80	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	1/01/2020	1/12/2020	JURIDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	Realizar informes periódicos relacionados con la producción, costos y gastos	Informes de producción, costos y gastos oportunamente generados y presentados	81	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 2019, I, II y III Trimestre de 2020	4	1/01/2020	31/12/2020	COSTOS
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	82	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2020	31/12/2020	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.	83	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	1/01/2020	31/12/2020	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	84	Socializar los resultados obtenidos de forma trimestral con los Coordinadores de los centros de produccion que presentan resultados negativos y generar acciones de mejoramiento de ser necesario.	Número de documentos de socialización de resultados a los Coordinadores de los centros de producción operativos que presentaron resultados negativos y las acciones pertinentes para obtener resultados confiables.	4	1/01/2020	31/12/2020	COSTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	Hacer seguimiento a los indicadores de productividad de por cada centro de costo	Seguimiento a los indicadores de productividad por cada centro de costo	85	Hacer seguimiento a los indicadores de productividadpor 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 2019, I, II y III Trimestre de 2020.	4	1/01/2020	31/12/2020	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	86	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	1/01/2020	31/12/2020	COSTOS
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 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	1/01/2020	31/12/2020	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	88	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 2019 y I, II y III Trimestre 2020,Informe trimestral de presupuesto,Evidencias enviadas al área de control interno y planeación.	42	1/01/2020	31/12/2020	PRESUPUESTO
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	89	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	1/01/2020	31/12/2020	PRESUPUESTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	90	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	91	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	1/01/2020	31/12/2020	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	92	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	1/01/2020	31/12/2020	PRESUPUESTO
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	93	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 Administrativa, Tecnico Científica y a talento humano.	12	1/01/2020	31/12/2020	PRESUPUESTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	94	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	1/01/2020	31/12/2020	PRESUPUESTO
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	95	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	1/01/2020	31/12/2020	FACTURACION
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	96	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	1/01/2020	21/01/2021	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.	97	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	1/01/2020	31/12/2020	FACTURACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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 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	98	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	1/01/2020	21/01/2021	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	99	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	1/01/2020	21/01/2021	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	100	Realizar, divulgar y ejecutar el cronograma del Plan de Capacitación anual 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	1/01/2020	31/12/2020	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	101	Realizar evaluación teórico práctica al personal capacitado.	Evaluaciones al personal capacitado.	Según personal capacitado	1/01/2020	31/12/2020	FACTURACION
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	102	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	1/01/2020	31/12/2020	FACTURACION
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	103	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.	1/01/2020	31/12/2020	CONTRATACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO								VIGENCIA 2020				Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN								UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)				FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	104	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	105	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 .	1/01/2020	31/12/2020	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	106	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.	riodicidad es	1/01/2020	31/12/2020	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.	Armonizar el modelo de mejoramiento institucional con el modelo MECI.	Modelo de mejoramiento ajustado con el MECI	107	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	1/01/2020	31/12/2020	CONTRATACION	

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	108	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	1/01/2020	31/12/2020	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	109	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 análisis y la medición de los indicadores identificados a cargo del proceso de urgencias según perioricidad establecidita.	Evidencia del seguimiento de indicadores en las fichas técnicas y socialización de resultados en Comité de Urgencias.	12	01/01/2020	31/12/2020	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.	110	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodología, programa, instructivo, política, 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	01/01/2020	31/12/2020	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	111	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	01/01/2020	31/12/2020	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.	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	112	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 acta de reunión 1 solicitud a subgerencia Técnico Científica	01/01/2020	01/04/2020	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	113	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días hábiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	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	114	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	01/01/2020	31/12/2020	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	115	Analizar el informe de Satisfacción y Reporte de PQRSD en comité de urgencias.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSD registrado en actas de comité de urgencias.	12	01/01/2020	31/12/2020	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	116	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados del Informe de Satisfacción y Reporte de PQRSD	Evidencia de las acciones formuladas, implementadas y el seguimiento y de la implementación.	Según análisis del informe	01/01/2020	31/12/2020	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	117	Realizar la actualización de la matriz de riesgos por proceso y 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	01/01/2020	31/12/2020	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	118	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	01/01/2020	31/12/2020	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 Análisis de los eventos de seguridad presentados.	119	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 generadas y correspondientes al servicio.	Evidencias de la ejecución de las acciones de mejora generadas del análisis de sucesos de seguridad reportados.	Según resultados análisis	01/01/2020	31/12/2020	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	120	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	01/01/2020	31/12/2020	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.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	121	Realizar Comités de Trauma de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión del Comité de Trauma	12	01/01/2020	31/12/2020	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	122	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	01/01/2020	31/12/2020	URGENCIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO							VIGENCIA 2020			Nuestra META ACREDITACIÓN	
	PLAN DE ACCIÓN							UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)			FECHA DE EMISION: ENERO 2018	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.	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	123	Participar en 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	1/01/2020	31/12/2020	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	124	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	1/03/2020	31/07/2020	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	125	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	1/08/2020	30/09/2020	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.	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	126	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol.	12	1/01/2020	31/12/2020	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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	127	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	1/04/2020	30/06/2020	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	128	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	1/01/2020	28/02/2020	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	129	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	1/02/2020	31/12/2020	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	130	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	1/01/2020	30/01/2020	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	131	Actualizar las hojas de vida de los Equipos biomédicos de propiedad de la institución.	Hojas de vida actualizada de los Equipos biomédicos de propiedad de la institución.	95% de hojas de vida actualizadas de los Equipos biomédicos de propiedad de la institución.	1/01/2020	31/12/2020	TECNOLOGIA BIOMEDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado

FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD: INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018
		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	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	132	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	1/01/2020	31/12/2020	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	133	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	1/07/2020	31/12/2020	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	134	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	1/01/2020	31/12/2020	TECNOLOGIA BIOMEDICA
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	135	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.	12	1/01/2020	31/12/2020	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	136	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	1/01/2020	31/12/2020	TECNOLOGIA BIOMEDICA
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	137	Elaborar y ejecutar un cronograma de entrenamiento para la prevención y control de las IAAS y Salud Pública.	Cronograma elaborado y ejecutado de entrenamiento para la prevención y control de las IAAS y Salud Pública.	2 (Elaboración y Ejecución)	1/01/2020	31/12/2020	EPIDEMIOLOGIA
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	138	Realizar rondas de seguridad en la práctica de higienización de manos y aislamiento hospitalario del personal asistencial de la Institución.	Seis (6) Rondas de seguridad de Aislamiento Hospitalario e Higiene de manos. (Tres de cada uno).	6	1/02/2020	31/12/2020	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	Establecer oportunidades de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad.	Plan de Mejoramiento	139	Identificar y reportar a las dependencias segun corresponda, los hallazgos de necesidaes de ambiente fisico relacionados con el control de IAAS en los servicios asistenciales	Evidencia de reportes enviados a las dependencias via correo electronico según las necesidades identificadas	Reporte según necesidades identificadas	1/02/2020	31/12/2020	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 asegurar la integralidad de un portafolio de servicios acorde con las necesidades de los usuarios y la continuidad de la atención a los pacientes, de acuerdo con las patologías de mayor impacto y más alto volumen en la institución	Realizar una caracterización epidemiológica de la morbilidad atendida en el hospital.	Caracterización de Morbilidad institucional.	140	Depurar la base de datos egresos Indigo 2019 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	1/01/2020	31/12/2020	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	141	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Epidemiologia, segùn la periodicidad establecida.	Evidencia de la medicion de indicadores en las fichas técnicas y socializaciònen comité de Salud Publica e IAAS.	12	1/01/2020	31/12/2020	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	142	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	1/01/2020	31/12/2020	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	143	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	1/01/2020	31/12/2020	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	144	Elaborar bimensualmente acciones de mejora producto del analisis del reporte de infecciones Realizar monitoreo de manera trimestral a los planes de mejoramientos suscritos con los servicios asistenciales a traves de correo electronico.	Planes de mejora con las acciones producto del analisis del reporte de infecciones. Evidencia del monitoreo de manera trimestral a los planes de mejoramientos suscritos con los servicios asistenciales a traves de correo electronico.	6 4	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	145	Socializar el Plan de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) en comité de infecciones.	Acta de comité.	1	1/02/2020	31/03/2020	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	146	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	1/01/2020	31/12/2020	EPIDEMIOLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	147	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	1/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
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	148	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	149	Realizar la adquisición del equipo (acelerador líneal) para la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, según la disponibilidad de recursos	Equipo (acelerador líneal) puesto en funcionamiento y al servicio de los usuarios, según la disponibilidad de los recursos para adquirirlo	1	1/01/2020	31/12/2020	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	150	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	Eviencia de la contratación para adecuar la Subestación eléctrica con norma RETIE, según disponibilidad de recursos		1/01/2020	31/12/2020	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	151	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	1/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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	152	Seguimiento trimestral a la implementación del comité de Gestión de Tecnologia	Actas de comité suscritas.	4	1/01/2020	31/12/2020	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	153	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	1/01/2020	31/12/2020	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	Formular e implementar acciones de mejora producto de la evaluación de la efectividad de los controles implementados	Plan de mejora formulado e implementado	154	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	155	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	1/02/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	156	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	157	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	1/01/2020	31/12/2020	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	158	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	1/01/2020	31/12/2020	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	159	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	1/01/2020	31/12/2020	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	160	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	1/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA FINANCIERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	161	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	1/01/2020	31/12/2020	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	162	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Evaluar tasas de interes generadas de las cuentas bancarias aperturadas por la institucion	Evidencias de la evaluacion de las tasas de interes generadas de las cuentas bancarias activas de la institucion. Informe semestral de la evaluacion de las tasas financiera	163	Gestionar evaluacion de las tasas de interes generadas de las cuentas bancarias activas. Enero y julio de 2020	Evidencias de la gestión con respecto a la evaluacion de las tasas de interes. Informe semestral de la evaluacion de intereses	2	1/01/2020	31/12/2020	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	164	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	165	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	1/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA FINANCIERA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	166	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	167	Verificar semestralmente los informes de las auditorias realizadas por la oficina de Garantía de la Calidad relacionadas con fallas detectadas en la calidad del dato, afin de formular e implementar las acciones de mejora, según hallazgos reportados y que afectan el buen desempeño de la unidad.	Seguimiento semestral registrado en actas de comité de autocontrol sobre las acciones de mejora formuladas e implementadas según hallazgos presentados en las auditorias.	2	1/05/2020	31/12/2020	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	168	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	169	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	170	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	1/02/2020	31/12/2020	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	171	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	1/01/2020	31/12/2020	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	172	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 acta de reunión 1 solicitud a subgerencia Técnico Científica	01/01/2020	01/04/2020	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	173	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días hábiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	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	174	Formular 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	1/01/2020	31/12/2020	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	175	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	1/01/2020	31/12/2020	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	176	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	177	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI ADULTOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	178	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	1/01/2020	31/12/2020	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	179	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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	180	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	181	Verificar semestralmente los informes de las auditorias realizadas por la oficina de Garantia de la Calidad relacionadas con fallas detectadas en la calidad del dato, afin de formular e implementar las acciones de mejora, según hallazgos reportados y que afectan el buen desempeño de la unidad.	Seguimiento semestral registrado en actas de comité de autocontrol sobre las acciones de mejora formuladas e implementadas según hallazgos presentados en las auditorias.	2	1/05/2020	31/12/2020	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	182	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO							VIGENCIA 2020				Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	183	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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.	184	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	1/02/2020	31/12/2020	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	185	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	186	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. ..Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 acta de reunión 1 solicitud a subgerencia Técnico Científica	01/01/2020	01/04/2020	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	187	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días hábiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	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	188	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	1/01/2020	31/12/2020	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	189	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	1/01/2020	31/12/2020	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	190	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI GINECOLOGICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	191	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	1/01/2020	31/12/2020	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	192	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	1/01/2020	31/12/2020	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	193	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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	194	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	195	Verificar semestralmente los informes de las auditorias realizadas por la oficina de Garantía de la Calidad relacionadas con fallas detectadas en la calidad del dato, afin de formular e implementar las acciones de mejora, según hallazgos reportados y que afectan el buen desempeño de la unidad.	Seguimiento semestral registrado en actas de comité de autocontrol sobre las acciones de mejora formuladas e implementadas según hallazgos presentados en las auditorias.	2	1/05/2020	31/12/2020	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	196	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	197	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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.	198	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	1/02/2020	31/12/2020	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	199	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	1/01/2020	31/12/2020	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	200	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. ..Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 acta de reunión 1 solicitud a subgerencia Técnico Científica	01/01/2020	01/04/2020	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	201	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días hábiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	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	202	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	203	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	1/01/2020	31/12/2020	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	204	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	205	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	1/01/2020	31/12/2020	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	206	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	1/01/2020	31/12/2020	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	207	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI NEONATAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	208	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	209	Verificar semestralmente los informes de las auditorias realizadas por la oficina de Garantía de la Calidad relacionadas con fallas detectadas en la calidad del dato, afin de formular e implementar las acciones de mejora, según hallazgos reportados y que afectan el buen desempeño de la unidad.	Seguimiento semestral registrado en actas de comité de autocontrol sobre las acciones de mejora formuladas e implementadas según hallazgos presentados en las auditorias.	2	1/05/2020	31/12/2020	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	210	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	211	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	212	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	1/02/2020	31/12/2020	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	213	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	1/01/2020	31/12/2020	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	214	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	Acta de reunion con listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. ..Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 acta de reunión 1 solicitud a subgerencia Técnico Científica	01/01/2020	01/04/2020	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	215	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días hábiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	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	216	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	1/01/2020	31/12/2020	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	217	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	1/01/2020	31/12/2020	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	218	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	219	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI PEDIATRICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	220	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	1/01/2020	31/12/2020	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	221	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	1/01/2020	31/12/2020	UCI PEDIATRICA
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	222	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	Según periodicidad establecida para cada uno	1/01/2020	31/12/2020	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	223	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	1/01/2020	31/12/2020	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	224	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la oficina Asesora de Control Interno Disciplinario, 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	1/01/2020	31/12/2020	CIDISCIPLINARIO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	225	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	1/01/2020	31/12/2020	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	226	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.	3	1/01/2020	31/12/2020	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	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.	3	1/01/2020	31/12/2020	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	228	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	1/01/2020	31/12/2020	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	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	229	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	1/01/2020	31/12/2020	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	230	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Gestión Documental, 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	1/01/2020	31/12/2020	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.	231	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	232	Elaborar, publicar e implementar el Plan Institucional de Archivos PINAR y hacer seguimiento según la periodicidad establecida.	Plan Institucional de Archivos PINAR elaborado y publicado y con seguimiento cuatrimestral presentado al comité MIPG.	Plan Elaborado y Publicado a 31/01/2020	1/01/2020	31/12/2020	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	233	Gestionar ante el Consejo Departamental de archivo de la Gobernación del Huila la convalidación de las TRD.	Evidencia de la Gestión ante el Consejo Departamental de archivo de la Gobernación del Huila la convalidación de las TRD.	1	1/01/2020	30/06/2020	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.	234	Eleborar cronograma de capacitación dirigido a los jefes, coordinadores y personal responsable del archivo de gestión de cada una de las dependencias una vez sean convalidadas las TRD por el Consejo Departamental de archivo de la Gobernación del Huila.	Cronograma elaborado y divulgado mediante circular emitida desde la gerencia y emitida a traves del correo institucional.	Un Cronograma elaborado y divulgado	1/01/2020	30/06/2020	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.	235	Ejecutar cronograma de capacitación dirigido a los jefes, coordinadores y personal responsable del archivo de gestión de cada una de las dependencias una vez sean convalidadas las TRD por el Consejo Departamental de archivo de la Gobernación del Huila y generar un informe final del cumplimiento del cronograma y presentarlo a la Subgerencia Administrativa.	Listado de asistencia del personal capacitado según cronograma. Un informe presentado a la Subgerencia Administrativa.	2	1/07/2020	30/12/2020	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	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	236	Actualizar la matriz de riesgo de los procesos a cargo de Gestión Documental, de acuerdo con la metodologia Institucional vigente.	Matriz de riesgos de los procesos del servicio debidamente actualizada.	1	1/01/2020	31/12/2020	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	237	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	1/01/2020	31/12/2020	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	238	Capacitar al 90% 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	1/01/2020	31/12/2020	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	239	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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	1/01/2020	1/01/2020	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.	242	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	1/01/2020	31/12/2020	GDOCUMENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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.	243	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 reportados ante la alta dirección.	3	1/02/2020	31/12/2020	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.	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.	244	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	245	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	1/02/2020	31/01/2020	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.	246	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	1/12/2020	31/12/2020	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.	247	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	1/02/2020	31/12/2020	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.	248	Actualizar la Caracterización del cliente interno incluyendo la identificación de los Gerentes Públicos - Nivel Directivo.	Documento de caracterización del cliente interno actualizado y publicado en pagina web institucional.	1	1/06/2020	31/12/2020	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.	249	Verificar y actualizar el cargue de los empleos y empleados en la plataforma SIGEP	Verificación trimestral del cargue, informe de verificación.	4	1/01/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	250	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 organizacion**al, Trabajo en equipo, Educación formal (primaria, secundaria y media, superior), bilingüismo, **uso de la bicicleta** y presentar aprobación al comité de	Programa de bienestar e incentivos elaborado y aprobado para la vigencia por parte del comité de Bienestar Laboral.	1	1/01/2020	30/03/2020	TALENTO HUMANO
	A4. Disponer de Información Confiable y Propender por su Confidencialidad.	Campañas de calidad del dato	fomentarentrelosresponsablesdel ageneraciónde los datosclínicos y administrativossubuenacalidad,co morequisito indispensable paralageneraciónde información y conocimiento	Crear incentivos para fortalecer la calidad del dato.	Incentivos diseñados e implementados para fortalecer la calidad del dato.	251	Incluir incentivos no pecuniarios en el Plan de Bienestar Laboral e Incentivos relacionados con la calidad del dato.	Incentivos incluidos en el Plan de Bienestar Laboral	1	1/01/2020	30/03/2020	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.	Elaborar el documento que consolide los incentivos legales, de prestigio y económicos según condiciones de la institución.	Documento elaborado.	252	Diseñar un instrumento que permita sistematizar las actividades de Bienestar Laboral y la asistencia de los participantes en las mismas incluyendo a las familias.	Instrumento diseñado y aplicado.	1	1/02/2020	31/12/2020	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.	Elaborar el documento que consolide los incentivos legales, de prestigio y económicos según condiciones de la institución.	Documento elaborado.	253	A través de un instrumento de medición, se realizará un diagnóstico que permita identificar la posibilidad de implementar el uso de la bicicleta en los colaboradores de la Institución con el fin de fortalecer el Plan de Bienestar Laboral e Incentivos y en cumplimiento de la Ley 1811 de 2016.	Autodiagnóstico elaborado y reportado ante la alta dirección en el cual se incluyan las recomendaciones para la toma de decisiones.	1	1/06/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	Implementar las estrategias adoptadas en el plan de incentivos.	Estrategias implementadas.	254	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	31/03/2020	31/12/2020	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	255	Realizar la medición de los indicadores a cargo de Talento Humano, 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	10/01/2020	31/12/2020	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	256	Gestionar la elaboración e implementación de un instrumento virtual para mayor funcionalidad y practicidad en el proceso de Inducción y Reinducción GTH-TH-M-004.	Instrumento diseñado e implementado.	1	10/01/2020	31/12/2020	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	257	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.	1	1/12/2020	31/12/2020	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	258	Requerir a la Oficina de Sistemas de Información SIH, que dentro del Aplicativo de Indigo Vie, se actualice la Vista y permita generar reportes inmediatos respecto a la edad, creencia religiosa, grupo étnico, tipo de vivienda, estrato socioeconómico, habitos saludables, antiguedad en la empresa, antiguedad en el cargo, discapacidades.	Soporte del requerimiento de actualización de la vista.	1	1/01/2020	29/02/2020	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.	259	Actualizar si aplica, la información relacionada con los actos administrativos de creación y/o modificación de la planta de personal y publicarlos en la carpeta compartida de Talento Humano.	Información Publicada en carpeta compartida.	1	10/01/2020	31/12/2020	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	260	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	10/01/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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 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"	261	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 y presentado a la alta dirección.	1	10/01/2020	30/03/2020	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.	262	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	10/01/2020	31/12/2020	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.	263	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	10/01/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO
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.	264	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	10/02/2020	31/12/2020	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.	265	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	10/01/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	266	Consolidar las necesidades de capacitación y su ejecución a través de la Herramienta Matriz en Excel, con el fin de generar reportes confiables sobre los recursos invertidos, promedio de horas de capacitación y cobertura del plan, entre otros.	Matriz consolidada cuatrimestralmente.	3	10/01/2020	31/12/2020	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.	267	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.	Segíun necesidad	10/01/2020	31/12/2020	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.	268	Realizar un diagnóstico relacionado con la posibilidad de implementar de horarios flexibles en la entidad. *(Circular Externa 100-008 de 2013)*	Diagnostico elaborado y presentado a la alta dirección.	1	10/01/2020	31/12/2020	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	269	Identificar y priorizar estrategias de intervención según resultados de la encuesta de clima laboral aplicada en la vigencia 2019 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	10/01/2020	31/12/2020	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	270	Ejecutar las estrategias priorizadas e intervenir los resultados de la encuesta de clima laboral aplicada en la vigencia 2019, 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.	3	10/01/2020	31/12/2020	TALENTO HUMANO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	271	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	10/02/2020	31/12/2020	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	272	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 de riesgos por proceos y Plan de Mejora elaborado, si los resultados así lo ameritan.	12	10/02/2020	31/12/2020	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	273	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	10/01/2020	31/12/2020	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 socialización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	274	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 institucionalmente y socializados al interior de la oficina de Control Interno.	1	1/01/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	275	Realizar mesas de trabajo para consolidar un modelo integral de auditoría, alineado con la acreditación y el M.I.P.G.; que incluye el M.E.C.I.	Modelo Integral de Auditoría, aprobado, socializado y en ejecución.	1	1/01/2020	30/06/2020	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.	276	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	277	Reportar dos veces al año, mediante un canal de comunicación institucional, avance de la gestión adelantada por su unidad funcional.	Publicar mediante un canal de comunicación institucional un informe ejecutivo semestral sobre el avance en la gestión de la unidad funcional.	2	1/01/2020	31/12/2020	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.	278	Establecer una metodología que permita la documentación y formalización del Esquema de las Líneas de Defensa y socializarla en el Comité de Coordinación de Control Interno.	Mapa Institucional de Aseguramiento aprobado	1	1/01/2020	31/12/2020	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.	279	Realizar asesoría sobre riesgos a cada uno de los líderes (Primera Línea De Defensa) de los programas proyectos o procesos de la entidad; de conformidad con la política institucional para la gestión del riesgo.	Acta de asesoría a cada líder de programa proyecto o proceso de la entidad (Primera Línea de Defensa); de conformidad con la política institucional sobre la gestión del riesgo; con sus respectivas evaluaciones de adherencia.	1	1/01/2020	31/12/2020	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.	280	Proponer a la Gerencia la convocatoria para realizar como mìnimo tres 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	1/01/2020	31/12/2020	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.	281	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	282	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	1/01/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	283	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	1/01/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO
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.	284	Realizar cronograma de capacitaciones y divulgarlo con los jefes lideres de todos los servicios asistenciales	Cronograma de capacitaciones, divulgadoo con los jefes lideres de los servicios de Hospitalización y socializar en acta de autocontrol.	1	01/01/2020	30/04/2010	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.	285	Ejecutar Cronograma de capacitaciones.	Evidencia de ejecución del cronograma de capacitaciones.	1	1/01/2020	31/12/2020	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	286	Realizar la medicion de los indicadores de acuerdo a 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	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA
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.	287	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	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	288	Identificar Eventos y/o conductas que puedan generar costos de no calidad en los servicios asistenciales asociados a a estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades, intervenciones y servicios; eventos adversos; parada de equipos; no continuidad en la atención; entre otros, reportar consolidado de manera trimestral a la subgerencia Técnico Científica y socializar los hallazgos en reuniones de autocontrol	Consolidado trimestral de los eventos y/o conductas que pueden generar costos de no calidad identificados, entregado a la subgerencia Tecnica y socializados en reuniones de autocontrol	4	1/01/2020	31/12/2020	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	289	Identificar las Guías, protocolos y/ó manuales de Atención en Salud de enfermería y posteriomente desarollar la elaboración, actualización, adaptación o adopción 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, adoptarse o adaptarse. Si se trata de Adopción adherirse al proceso de Educación Médica Evidencia de las guias y protocolos gestionados para la aprobación.	1	1/01/2020	30/04/2020	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	290	Socializar las GPC, protocolos y/ó manuales que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	según necesidad	1/01/2020	31/12/2020	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	291	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.	según necesidad	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	292	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	1/01/2020	31/12/2020	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	293	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	1/01/2020	31/12/2020	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	294	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	295	Cumplir las acciones de mejora a cargo de la coordinación de enfermería, derivadas de los análisis de los sucesos de seguridad de enfermería en las herramientas de seguridad del paciente	Evidencia del cumplimiento de las acciones de mejora a cargo de la coordinación de enfermería, derivadas de los analisis de los sucesos de seguridad de enfermeria en las herramientas de seguridad del paciente.	1	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA
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	296	Realizar 1 ronda de seguridad de Enfermería de manera mensual aleatoriamente en los diferentes servicios asistenciales	12Listas de chequeo de Rondas de Enfermería a los servicios asistenciales estableciendo acciones de mejora y Seguimiento a los servicios con adherencia menor al 80%	12	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA
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	297	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	1/01/2020	31/12/2020	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	298	Realizar monitorización general de indicadores de cada sub-unidad de la Uca incluyendo el indicador de productividad del servicio, segùn la periodicidad establecida en cada indicador.	Evidencia de la medición de indicadores en las fichas técnicas y socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la Unidad.	12	2/01/2020	31/12/2020	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.	299	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodología, programa, instructivo, política, planes, formatos), según necesidad.	Evidencia de la creación, ajuste de documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodología, programa, instructivo, política, formato) con seguimiento y socialización 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.	12	2/01/2020	31/12/2020	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	300	Identificar y reportar trimestralmente los costos de No calidad en el servicio de la Unidad de Cancerologí a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia de reporte de No Calidad Cuatrimestral efectuado a la Subgerencia Técnico Científica.	3	15/03/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	301	Socialización Cuatrimestral en Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento sobre las acciones implementadas para mejorar la oportunidad y continuidad en la atención entre los servicios urgencias, hospitalización, Servicio Farmacéutico y la Unidad de Cancerología,	Actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento donde se conciten las acciones implementadas para mejorar la oportunidad y continuidad en la atención entre los servicios de la Unidad, urgencias, hospitalización, servicio farmacéutico y la Unidad de cancerologia.	3	15/03/2020	31/12/2020	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	302	Realizar seguimiento a los indicadores de oportunidad y continuidad en la prestacion de los servicios. Elaborar plan de mejora si es necesario.	Reporte y socialización de análisis y seguimiento de indicadores de oportunidad y continuidad en la respectiva ficha del indicador, cuatrimestral; registrado en acta de Subcomité de autocontrol y mejoramiento. Determinación de acciones intra Unidad o de escalamiento a nivel directivo.	3	15/03/2020	31/12/2020	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.	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	303	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriormente Solicitar a la Subgerencia Técnico científica la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación o Necesidades de los servicios asistenciales.	listado de Guías y protocolos de Atención en Salud que deban actualizarse, elaborarse, adoptarse o adaptarse. ..Evidencia de la solicitud a Subgerencia Técnico científica para la elaboración, actualización, adaptación o adopción de las guías y protocolos identificados	1 Listado de identificación guias y/o prtocolos evidencia de solicitud a subtécnica	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	304	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según Necesidad	1/01/2020	31/12/2020	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	305	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.	2/01/2020	31/12/2020	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	306	Analizar en Subcomité y Autocontrrol el Informe de Satisfacción y Reporte de PQRSD.	Evidencia del análisis del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol.	12	2/01/2020	31/12/2020	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	307	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados presentados del Informe Satisfacción y Reporte de PQRSD.	Evidencia del seguimiento semestral del Informe de Satisfacción y reporte PQRSD y de las acciones correctivas formuladas e implementadas.	2	30/06/2020	31/12/2020	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	308	Desarrollar estrategias de Educación y Humanización dirigidas al Usuario y su familia, incluye actividades que fortalecen el desarrollo de habilidades y destrezas psico / sociales.	Evidencia de las Estrategias Implementadas (Informe de la(s) estrategia(s) implementada(s), formatos, fotos, etc.)	Sgn	2/01/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	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	309	Realizar una reunión con Profesionales líderes de los procesos de la Unidad de Cancerología con el fin de definir compromisos interprocesos y garantizar la articulación que conduzca al mejoramiento de la comunicación y continuidad de la atención.	Evidencia de reunión con Profesionales líderes de radioterapia, quimioterapia y consulta externa, SIAU, Call Center de la Unidad de Cancerología (tres actas)	Sgn	2/01/2020	31/12/2020	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	310	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	2/01/2020	31/03/2020	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	311	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 riesgo, acciones de mejoramiento o plan de mejoramiento elaborado, si los resultados así lo ameritan.	Según necesidad	2/01/2020	31/12/2020	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	312	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.	Según necesidad	2/01/2020	31/12/2020	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.	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.	313	Desarrollar análisis de los sucesos de seguridad del paciente ocurridos en la Unidad de Cancerologia y/o participar en las reuniones de análisis de sucesos convocadas por la oficina de Calidad. Producto de dicho análisis proceder a las acciones de mejoramiento o la adopción de planes de mejoramiento acorde a las conclusiones.	Evidencias de la ejecución del análisis de Sucesos de Seguridad ocurridos y reportados por la Unidad de Cancerología y de las acciones o planes de mejoramiento generadas en el mismo.	Según necesidad	2/01/2020	31/12/2020	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	314	Articular con la oficina de Garantía de Calidad las acciones y/o capacitaciones dirigidas a personal de planta y agremiados que desarrollan actividades en la Unidad de Cancerología sobre la política Institucional adoptada en Seguridad del Paciente.	Evidencia de la convocatoria realizada por la Unidad de Cancerología ante la oficina de Garantía de la Calidad.	1	2/01/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	315	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	2/01/2020	31/12/2020	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	316	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios según reporte de la oficina de costos y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del análisis del reporte de Costos realizado por la oficina de costos.	Según reporte	2/01/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
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	317	Realizar Subcomité de autocontrol y mejoramiento de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta.	Acta mensual de sesión de Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento (12 actas).	12	2/01/2020	31/12/2020	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.	318	Ejecutar actividades de los planes de mejora resultantes de la autoevaluación de estándares de acreditación concernientes a la Unidad de Cancerologia.	Evidencia de actividades ejecutadas según plan de mejora generado en la Auto-Evaluación de estándares de acreditación en la Unidad de Cancerología.	Según Plan de Mejora	2/01/2020	31/12/2020	UNIDAD DE CANCEROLOGIA
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	319	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	320	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	1/01/2020	31/12/2020	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	321	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD TRASPLANTES
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.	322	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	1/01/2020	30/04/2020	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	323	Identificar Eventos y/o conductas que puedan generar costos de no calidad en los servicios asistenciales asociados a estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades, intervenciones y servicios; eventos adversos; parada de equipos; no continuidad en la atención; entre otros. reportar consolidado de manera cuatrimestral a la subgerencia Técnico Científica y socializar los hallazgos en reuniones de autocontrol	Consolidado cuatrimestral de los eventos y/o conductas que pueden generar costos de no calidad identificados entregado a la subgerencia Tecnica y socializados en reuniones de autocontrol	3	1/01/2020	31/12/2020	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	324	Revisar los informes de la productividad del servicio entregados por costos, 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 de los informes en Acta de subcomité de Autocontrol y Mejoramiento cuando sean entregados por costos.	según reporte oficina de costos	1/01/2020	31/12/2020	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	325	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	1/02/2020	31/10/2020	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	326	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios según reporte de la oficina de costos y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis realizado sobre el informe según reporte de la oficina de costos (Si Aplica)	Según reporte	1/04/2020	31/12/2020	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	327	Identificar las causas de estancia no justificada de manera semestral de paciente trasplantado hospitalizado.	Documento semestral enviado a la Subgerencia Tecnica de identificacion de estancias no justificadas del paciente trasplantado hospitalizado.	2	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	328	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	1/01/2020	31/12/2020	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	329	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	330	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriomente desarollar la elaboración, actualización, adaptación o adopción 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, adoptarse o adaptarse. Si se trata de Adopción adherirse al proceso de Educación Médica Evidencia de las guias y protocolos gestionados para la aprobación.	1	1/01/2020	30/04/2020	ENFERMERIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	331	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	según necesidad	1/01/2020	31/12/2020	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	332	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	1/01/2020	31/12/2020	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	333	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSD 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 PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	1/01/2020	31/12/2020	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	334	Socializar e implementar el modelo de atención definido por el hospital	Evidencias de socialización e implementación del Modelo de Atención	1	1/07/2020	31/12/2020	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	335	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	1/01/2020	31/12/2020	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	336	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD TRASPLANTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	337	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	1/01/2020	31/12/2020	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	338	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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.	339	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	1/01/2020	31/12/2020	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	340	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD TRASPLANTES
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.	341	Realizar la actualización del diagnostico de Seguridad de la Información y generar un informe anual.	Informe de la actualizacion del diagnostico	Un (1)	1/12/2020	31/12/2020	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.	342	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.	Un (1)	1/01/2020	31/01/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	343	Ejecutar cronograma de capacitación sobre el Manual de Seguridad de la Información.	Listado de asistencia, segùn cronograma de capacitaciòn.	100% de cronograma ejecutado.	1/01/2020	31/12/2020	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.	344	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	345	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	346	Elaborar cronograma de jornadas de inspeccion a las diferentes areas de la institucion	Cronograma de jornadas de inspeccion elaborado	1	1/01/2020	31/01/2020	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	347	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 e informe trimestral del resultado de las jornadas de inspeccion con su plan de mejoramiento	4 informes presentados al año	1/01/2020	31/12/2020	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	348	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	1/01/2020	31/12/2020	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	349	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 identificadas de historia clinica	Un (1)	1/01/2020	31/12/2020	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	350	Realizar modificaciones y ajuste al modelo de historia clinica y registros asistenciales de notas de enfermeria que permitan la transformación de variables en textos.	Requerimiento definido para la implementacion.	Un (1)	1/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	Definir y aprobar un cronograma de implementación	Cronograma formulado e implementado	351	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)	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE
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	Diseñar nuevos modelos de historia clínica.	Nuevos modelos de historia clinica implementado al modelo de historia clinica y registros asistenciales de notas de enfermeria que permitan la transformación de variables en textos. Si se llegase a implementar	352	Gestionar el requerimiento de acuerdo a la viabilidad tecnica para su implementacion.	Requerimiento gestionado con el proveedor del software para la viabilidad tecnica y según disponibilidad presupuestal	Un (1)	2/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE
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.	353	Gestionar de acuerdo con los resultados la viabilidad tecnica y financiera para el cambio con el proveedor de software para la implementación, si se llegase a realizar	Disponiblidad presupuestal aprobado	Implementacion del nuevo modelo de HC aprobado	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE
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	Diseñar nuevos modelos de historia clínica.	Nuevos modelos de historia clinica implementado al modelo de historia clinica y registros asistenciales de notas de enfermeria que permitan la transformación de variables en textos. Si se llegase a implementar	354	Implementacion de los cambios, pruebas, capacitacion y puesta en produccion de el nuevo modelo de historia clinica. Dependiendo de la viabilidad tecnica y disponibilidad presupuestal	Informe de actualizacion, pruebas, lisados de asistencia.	Un (1)	3/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE
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, si se llegase a realizar	355	Realizar el pruebas tecnicas de de los cambios realizados para la posible implementación del cambio.	Informe de pruebas realizada, si fue considerada viable.	Un (1)	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE
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	356	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	Listado de asistencia, si se llegase a realizar	Un (1)	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	Según asignacion presupuestal y viabilidad tecnica	SISTEMAS INFORMACION HOSPITALARIA DE

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	357	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	Un (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.	358	Gestionar la Interfaz con patologia	Interfaz Gestionada	1 interfaz Gestionada	1/06/2020	31/12/2020	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.	359	Gestionar la Interfaz con Imagenologia	Interfaz Gestionada	1 interfaz Gestionada	2/06/2020	31/12/2020	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.	360	Gestionar soporte de planta electrica para todos los centros de cableado.	Gestion realizada	1 informe de la gestion	3/01/2020	30/06/2020	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.	361	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	1/03/2020	31/12/2020	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.	362	Formular estrategias de comunicación y sensibilización referente a la calidad del dato.	Documento donde se formulan la estratègias de calidad del dato.	Un documento	1/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	363	Implementar la estrategia de comunicación y sensibilización dirigida al cliente interno para sensiblizarlo referente a la calidad del dato.	Soportes de evidencias de la Implementaciòn de las estrategias de comunicación la realizadas referentes a la Calidad del dato	Un (3)	1/01/2020	31/12/2020	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	Definir los medios y mecanismos de difusión de la campaña, al igual que su implementación.	Evidencias de implementación de campaña de calidad del dato	364	Crear un curso en la plataforma e-learnig relacionado con la calidad del dato enfocado en historia clinica	Registro de usuarios que hacen uso y apropiacion de la herramienta	(1) curso implementado	1/04/2020	31/12/2020	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	Definir los medios y mecanismos de difusión de la campaña, al igual que su implementación.	Evidencias de implementación de campaña de calidad del dato	365	Divulgar el curso en la plataforma e-learnig relacionado con la calidad del dato enfocado en historia clinica dirigido al personal asistencial	Evidencia de la socialización del curso	1	1/04/2020	31/12/2020	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	Diseñar e implementar estrategias para comunicar los resultados a los responsables de los procesos.	Evidencia de comunicación de resultados de indicadores	366	Elaborar e implementar una encuesta aplicada a los grupos de interes (EAPB y entes de control, Investigacion y docencia, y usuarios internos)que solicitaron informacion institucional.	Evidencia de las encuestas implementadas y consolidadas	Generacion de informe según encuestas implementadas y consolidadas	1/01/2020	31/12/2020	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	Diseñar e implementar estrategias para comunicar los resultados a los responsables de los procesos.	Evidencias de comunicación de resultados de indicadores	367	Realizar el monitoreo trimestral de desviaciones e inoportunidades de indicadores cargados a la herramienta sharepoint por parte de los líderes de procesos	Reportes trimestrales de desviaciones e inoportunidades a áreas involucradas	100% de reportes trimestrales a las áreas que presenten desviaciones e inoportunidades	1/01/2020	31/12/2020	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	368	Elaborar y presentar cuatro Informes de evaluación de la gestión del Gerente segùn Resolución 408 de 2018.	4 informes presentados la Gerencia de evaluaciòn de la gestión del Gerente segùn Resolución 408 de 2018.	4 informes por año	1/04/2020	31/12/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	Realizar informes periódicos relacionados con la producción, costos y gastos	Informes de producción, costos y gastos oportunamente generados y presentados	369	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	1/04/2020	31/12/2020	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	370	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	1/01/2020	31/12/2020	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	Registrar todas las solicitudes reportadas por las unidades, realizar su análisis y priorizarlas	Necesidades de los sistemas de información consolidadas analizadas y priorizadas	371	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	1/01/2020	31/12/2020	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	372	Realizar levantamiento de requerimiento de las necesidades en los formatos suministrados por el proveedor del software	Documento de solicitud de requerimiento entregado al proveedor para su desarrollo	100% de solicitudes aprobadas y 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	373	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
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.	374	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	1/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	375	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	376	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%	1/04/2020	31/12/2020	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	377	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	1/04/2020	31/12/2020	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	378	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	1/01/2020	31/12/2020	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	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 Actas de comité de autocontrol	1/01/2020	31/12/2020	SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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 ACREDITACIÓN INSTITUCIONALpor 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.	380	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	1/03/2020	31/12/2020	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 la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	381	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12 actas de autocontrol con analisis de indicadores.	1/01/2020	31/12/2020	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.	382	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.	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	383	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).	Evidencia en acta de la creación, ajuste, eliminacion o socializacion de procesos en cada servicio descrito de Servicios Ambulatorios según necesidad.	Las nueve (9) Unidades funcionales de servicios ambulatorios con procesos actualizados de acuerdo a la nueva metodologia.	1/01/2020	31/12/2020	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.	384	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.	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	385	Analizar el informe de costos "Resultados operacionales del trimestre" de los centros de produccion que arrojan utilidad negativa y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del servicio anlizado. 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 trimestral 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.	Actas de autocontrol y mejoramiento con analisis del Informe rimestral del centro de produccion que arroja utilidad negativa, teniendo en cuenta la realizacion previa de reunion con un colaborador de Costos.	1/01/2020	31/12/2020	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	386	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 autocontrol del servicio y se remite con oficio a la oficina de Atención al usuario.	Analisis del informe de PQRSF consignado en el acta de autocontrol.	1/01/2020	31/12/2020	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	387	Formular, implementar y hacer seguimiento a las acciones de mejora correctivas de acuerdo a los resultados del Informe de PQRSD, luego de la correlacion con el informe interno del servicio de ambulatorios.	Plan de mejoramiento derivado del informe de PQRSD de acuerdo al analisis interno realizado.	Cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento realizados.	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	388	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.	1/01/2020	31/12/2020	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	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	389	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 según necesidad.	Matrices de riesgos actualizadas.	1/01/2020	31/12/2020	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	390	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.	1/01/2020	31/12/2020	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.	391	reporte de sucesos de seguridad y participar del Analisis y plan de mejora con el equipo de calidad	Reporte de sucesos de seguridad Analisis y plan de mejora de sucesos de seguridad que lo requieran, elaborado con el equipo de calidad, ocurridos en el servicio	Acta autocontrol con seguimiento de sucesos y reporte *Analisis y planes de mejora con equipo de calidad según necesidad	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS
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	392	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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 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.	393	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.	1 Plan de mejora con seguimiento	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS AMBULATORIOS
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.	394	Ajustar y aprobar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, de acuerdo a la normatividad vigente por parte de la Gerencia.	Sistema aprobado	1	1/03/2020	31/05/2020	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.	395	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	1/03/2020	31/12/2020	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.	396	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	1/01/2020	28/02/2020	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.	397	Ejecutar el Plan de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo.	Plan de Trabajo ejecutado	Según Plan de Trabajo	1/01/2020	28/12/2020	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.	398	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	1/04/2020	30/06/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	399	Realizar examenes medico periodicos ocupacionales al 100% de los funcionarios de la Institucion	Listado de Asistencia de la realizacion de los examenes medico periodicos ocupacionales	1	1/04/2020	30/08/2020	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.	400	Consolidación de la información y generación del diagnostico de las condiciones de salud de los funcionarios de la E.S.E.	Diagnóstico elaborado	1	1/09/2020	31/10/2020	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.	401	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	1/11/2020	31/12/2020	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.	402	Elaborar y aprobar el Cronograma de Inspecciones para las diferentes áreas de la Institución.	Cronograma elaborado y aprobado.	1	1/01/2020	28/02/2020	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.	403	Ejecutar cronograma de inspecciones teniendo en cuenta las condiciones de los puestos de trabajo.	Evidencia de ejecución.	Según actividades suscritas en el cronograma	1/03/2020	31/07/2020	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.	404	Realizar seguimiento 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	5	1/08/2020	31/12/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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	405	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	1/01/2020	31/12/2020	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	406	Realizar tres seguimientos de radiaciones ionizantes al personal expuesto en el área de imagenologia durante la vigencia 2020 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 2020 en base a la lectura de los dosimetros	3	1/04/2020	31/12/2020	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.	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.	407	Realizar pruebas de alcoholimetría según solicitud del area y teniendo en cuenta el Protocolo y Normatividad vigente.	Evidencia de las pruebas realizadas.	3	1/01/2020	31/12/2020	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	408	Gestionar la compra de los elementos de protección personal ante la oficina de Suministros.	Evidencia de la gestión de compra.	1	1/01/2020	31/05/2020	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	409	Solicitar a las agremiaciones y responsables de los contratos, el soporte de la entrega y capacitación de los E.P.P. (Si aplica)	Evidencia de solicitud Soporte de las entregas	1	1/01/2020	31/12/2020	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	410	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	1/01/2020	31/12/2020	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	411	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	412	Actualizar el Plan Hospitalario de Emergencias y Desastres, de acuerdo a la normatividad vigente.	Documento actualizado.	1	1/01/2020	30/03/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	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.	413	Realizar el cronograma de inspecciones a los Botiquines que se encuentran en las diferentes areas de la institucion	Cronograma elaborado	1	1/01/2020	31/01/2020	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.	414	Ejecutar el cronograma de inspecciones de los Botiquines y generar informe con hallazgos encontrados, generando recomendaciones. Remitir informe a los responsable de los botiquines con copia al área de suministros.	Listado de chequeo Informe enviado a los responsables de los botiquines con copia al área de suministros.	Segun actividades suscritas en el cronograma	1/02/2020	30/06/2020	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.	415	Socializar el Plan Hospitalario para la Gestion del Riesgo y Desastres a los miembros del CHED.	Lista de asistencia de la socializacion	1	1/04/2020	31/05/2020	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.	416	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	1/01/2020	28/02/2020	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.	417	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	1/03/2020	31/12/2020	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.	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	418	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	1/05/2020	30/06/2020	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.	419	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	1/04/2020	30/09/2020	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.	420	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	1/05/2020	30/09/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	Realizar simulación y simulacros de emergencias.	Registros de evaluación de simulación y simulacros ante emergencias.	421	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	1/10/2020	31/10/2020	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	422	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	1/01/2020	20/12/2020	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	423	Actualizar la Matriz de Identificacion de Peligro y valoracion de los riesgos con el fin de calificar el nivel de riesgo de la institución.	Matriz actualizada	1	1/01/2020	30/03/2020	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.	424	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	1/04/2020	20/12/2020	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	425	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	1/05/2020	30/12/2020	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	426	Realizar mediciones de ruido, iluminación y otro tipo de contaminantes del ambiente físico, deacuerdo a los hallazgos encontrados en la actualizacion de la matriz de identificacion e ppeligro y valoracion de los riesgos, y reportarlo a la subgerencia administrativa.	Informe presentado	1	1/05/2020	30/12/2020	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.	427	Presentar cotizacion para la realizacion del Dagnostico de la Red Contraincendio	Cotizacion presentada	1	1/01/2020	30/06/2020	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	428	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	1/01/2020	31/03/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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	429	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	1/04/2020	30/12/2020	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	430	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	1/04/2020	30/12/2020	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.	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.	431	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	1/01/2020	30/03/2020	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	432	Realizar inspecciones a los diferentes servicios de la institución, verificando la correcta clasificación de los residuos peligrosos y no peligrosos generando informe trimestral y remitirlo a la subgerencia administrativa.	Informes trimestrales	3	1/04/2020	31/12/2020	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	433	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	1/01/2020	30/12/2020	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	434	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	1/04/2020	30/12/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	435	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	1/01/2020	30/12/2020	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.	436	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	1/08/2020	31/10/2020	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.	437	Realizar intervencion Psicosocial de acuerdo a los hallazgos encontrados en el Diagnostico de la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial	Listado de asistencia y dos informes semestrales	2	1/01/2020	30/12/2020	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.	438	Realizar intervencion Psicosocial en las areas de riesgo (alto y muy alto), según los resultados obtenidos en la Aplicación de la Bateria de Riesgo Psicosocial	Listado de asistencia	1	1/01/2020	30/06/2020	SST

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	439	Realizar el cronograma y ejecutar las Inspecciones a las areas Asistenciales de acuerdo al Programa de las 5 S	Lista de chequeo y realizar Informes Trimestral	3	1/04/2020	30/12/2020	SST
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	440	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	1/01/2020	31/12/2020	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	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	441	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	1/01/2020	28/02/2020	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	442	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	443	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD CARDIOVASCULAR
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	444	Identificar los costos de no calidad en el servicio y reportarlos a la Subgerencia Técnico Científica.	Evidencia del reporte de los costos de no calidad a la Subgerencia Técnico Científica.	si surgen	1/01/2020	31/12/2020	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	445	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	1/01/2020	31/12/2020	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	446	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios según reporte de la oficina de costos y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del análisis realizado sobre el informe según reporte de la oficina de costos (Si Aplica)	Según reporte	1/04/2020	31/12/2020	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	447	Definir, implementar y evaluar acuerdos interservicios, con el fin de dar respuesta de servicios asistenciales prioritarios (con las áreas que surjan.)	Acuerdos interservicios estructurados con las áreas que surjan.	2	1/01/2020	31/12/2020	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	448	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 - asignación de citas y cirugías de revascularización miocárdica y a los compromisos registrados en los planes de mejora del indicador de oportunidad si es pertinente.	12	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	449	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. (Según necesidad).	Listado socializado en subcomité 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.	Según necesidad	1/01/2020	28/02/2020	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	450	Socializar semestralmente las GPC que hayan sido aprobadas.	Evidencia de Socialización semestral de las Guías de Práctica Clínica aprobadas.	1 Socializaciòn de la GPC según listado	1/02/2020	31/12/2020	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	451	Formular acciones de mejora producto de las auditorias internas realizadas por el equipo de auditoria de Garantia de la Calidad cuando surjan.	Plan de mejora formulado y consolidado con las acciones de mejora avaladas por el equipo auditor de Garantia Calidad	1	1/01/2020	31/12/2020	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	452	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSD en comité de Autocontrol y Formular, implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados del Informe	Evidencia del análisis mensual del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas.	12	1/01/2020	31/12/2020	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	453	Diseñar un mecanimo de información sobre los cuidados a tener antes de la realización de un procedimientos y los cuidados pos procedimientos de los pacientes intervenidos por parte de la Unidad Cardiovascular con el propósito que puedan ser un apoyo en su proceso de recuperación. Dejar registro en acta de autocontrol del número de pacientes educados.	Formato de entrega de educación firmado por los usuarios. Acta de autocontrol con registro de pacientes educados.	2	1/01/2020	31/12/2020	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	454	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	1/01/2020	31/12/2020	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	455	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD CARDIOVASCULAR

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	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	456	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	457	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 análisis de sucesos de seguridad ocurridos en el servicio registrados en la HERRAMIENTA DE ANALISIS (Garantía Calidad)	1	1/01/2020	31/12/2020	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	458	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	1/01/2020	31/12/2020	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	Identificar los indicadores faltantes de los procesos asistenciales y elaborar las fichas técnicas de los indicadores	Indicadores faltantes identificados y fichas técnicas elaboradas	459	Identificar y ajustar los indicadores a cargo de Trabajo Social y elaborar las fichas técnicas Según necesidad. Gestionar la aprobación de las fichas técnicas ante el líder del comité de SIH según necesidad.	Indicadores identificados y ajustados con las fichas técnicas elaboradas. Evidencia de la gestión realizada para la aprobación de las fichas técnicas de los indicadores por acto administrativo.	Indicadores actualizados	1/01/2020	31/03/2020	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	460	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12 Actas	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL
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.	461	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodología, programa, instructivo, política, 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	1/01/2020	31/12/2020	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	462	Realizar inducción al personal asistencial qe ingresa al Hospital con respecto a los siguientes protocolos: Violencia intrafamiliar Pacientes con intento de suicidio Víctimas violencia sexual.	Listados de asistencia y evaluaciones del personal asistencial con respecto a los protocolos: Violencia intrafamiliar, Pacientes con intento de suicidio, Víctimas violencia sexual.	Listados de asistencia	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	463	Desarollar la elaboración, actualización o adopción y aprobación de los protocolos de: Violencia intrafamiliar Pacientes con intento de suicidio Víctimas violencia sexual.	Protocolos adoptados, elaborados o actualizados soportados en un acta de concenso por el servicio asistencial responsable. Gestión con educación médica para aprobación de protocolos	3 Protocolos	1/01/2020	31/12/2020	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	464	Socializar los protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Correos Electronicos de socializacion de los protocolos	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL
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	465	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 consolidados	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	466	Elaborar y ejecutar cronograma incluyendo las siguientes actividades (servicio, tema, fecha y responsable) : 1. Educación a usuarios y sus familias sobre deberes y derechos, Socialización de reglamentos institucionales (Horarios de visitas, Acceso, restrcción de ingreso de alimentos); Actividades socicoeducativas (tema segun servicio). 2. Cliente Interno: Trato Digno y comunicacion Asertiva Cronogramas entregados en la oficina del SIAU y Planeación, con seguimiento en los comités de autocontrol de trabajo social.	Cronograma elaborado y ejecutado con entrega de evidencias de la ejecucion. Listado asistentes	11 actas de autocontrol, cronograma con seguimiento	1/02/2020	31/12/2020	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	467	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.	Matriz de riesgo actualizada	1/01/2020	31/03/2020	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	468	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 Actas dfe autocontrol	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL
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	469	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 autocontrol	1/01/2020	31/12/2020	TRABAJO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	470	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	1/02/2020	31/12/2020	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	471	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	1/02/2020	31/12/2020	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	472	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina.	12	1/02/2020	31/12/2020	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	473	Realizar una Publicación semestral en el NotiUsuarios de los mecanismos de escucha. (1 en el primer semestre y la otra en el segundo semestre).	Evidencias de publicación en NotiUsuarios.	2	1/02/2020	31/12/2020	SIAU

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	474	Realizar planes de Mejora a los hallazgos de PQRSD 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	1/01/2020	31/12/2020	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	475	Desarrollar 5 jornadas educativas de difusión de los deberes y derechos en los diferentes servicios de la institución.	Registro fotográfico de las actividades.	5	1/01/2020	31/12/2020	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	476	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	477	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	1/01/2020	31/12/2020	SIAU
4- MISIÓN Y VISIÓN	D17. Ser una institución Socialmente Responsable	Fortalecer los procesos de Responsabilidad Social	Realizar seguimiento a las actividades del 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	Realizar seguimiento a cada una de las estrategias del Programa de Responsabilidad Social .	Informe de Evaluación estrategias del Programa de Responsabilidad Social y el Código de Ética y Conducta	478	Presentar en el primer trimestre de la vigencia el informe del programa de Responsabilidad social de la vigencia 2019 ante el comité MIPG. Realizar seguimiento cuatrimestral al cumplimiento del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial.	Acta del comité MIPG que evidencie la socilizacion del Informe de cumplimiento del programa de RSE en el primer trimestre de la vigencia. Informes cuatrimestrales de seguimiento al cumplimiento del programa y/o estrategias de Responsabilidad Social Empresarial enviados a la oficina de Planeación.	1 Acta de socializaci ón 3	1/01/2020	31/12/2020	SIAU

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	479	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	1/01/2020	31/01/2020	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	480	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 socialización de resultados en Subcomités de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina (indicadores semestrales).	2	1/01/2020	31/12/2020	SUMINISTROS
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.	481	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	1/01/2020	31/10/2020	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	482	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%	1/03/2020	30/10/2020	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	483	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	1/11/2020	30/11/2020	SUMINISTROS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	484	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 proveedores vigencia 2018	Según resultados de la evaluación	1/10/2020	31/12/2020	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	485	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	1/01/2020	31/12/2020	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	486	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	1/01/2020	31/12/2020	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	487	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%	1/01/2020	31/12/2020	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	Realizar la medición de los indicadores según cronograma	Indicadores Calculados según cronograma establecido	488	Realizar la medición de los indicadores (Procesos) a cargo del servicio de Quirofanos, segùn 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.	11	1/01/2020	31/12/2020	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	489	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	1/01/2020	31/12/2020	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	490	Identificar e Intervenir las causas que puedan ser controladas directamente desde salas de cirugia dejando evidencia en acta de reunion de Cancelación de Cirugia de las acciones de mejora a implementar,y 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 reunion y evidencia del reporte del informe de cancelación de cirugia a la gerencia de manera mensual.	11	1/01/2020	31/12/2020	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	491	Realizar formato de registro de tiempos quirurgicos, socializar e implementar	Evidencia de la aprobacion del formato oficina de planeacion Según resutados definir especilidad y especialista que incrementa tiempos muertos con identificación de correctivos.	2	1/01/2020	31/12/2020	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.	492	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	1/01/2020	31/12/2020	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	493	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriomente desarollar la elaboración, actualización, adaptación o adopción 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, adoptarse o adaptarse. Si se trata de Adopción adherirse al proceso de Educación Médica Evidencia de las guias y protocolos gestionados para la aprobación.	1 acta de identificación guias y/o prtocolos	1/01/2020	31/12/2020	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.	Socializar las GPC que hayan sido actualizados o creadas.	Evidencias de socialización de las GPC	494	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según Necesidad	1/01/2020	31/12/2020	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	495	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	1/01/2020	31/12/2020	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	496	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.	11	1/01/2020	31/12/2020	QUIROFANOS
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	497	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%	1/01/2020	31/12/2020	QUIROFANOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	Implementar técnicas asépticas para procedimientos especiales	Protocolo técnicas asépticas para procedimientos especiales	498	Medir dos veces al año el protocolo de técnicas asépticas para procedimientos especiales al personal de quirofanos.	Elaboración y aplicación de instrumento de evaluación para medir adherencia al protocolo y establecer acciones de mejora si se requieren	70% adheridos al procolo	1/01/2020	31/12/2020	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	499	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)	11	1/01/2020	31/12/2020	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	500	Realizar la medición de los indicadores a cargo del Servicio Farmaceutico, segùn 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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIO FARMACEUTICO
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	501	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIO FARMACEUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	502	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	1/01/2020	31/12/2020	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	503	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	1/01/2020	31/12/2020	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	504	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	1/01/2020	31/12/2020	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	505	Realizar el reporte mensual oportuno al INVIMA de Incidentes Adversos y de Eventos Adversos asociados a medicamentos.	Evidencia de los reportes mensuales realizados al INVIMA	12	1/01/2020	31/12/2020	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	506	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIO FARMACEUTICO

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	507	Elaborar y radicar proyecto una vez se alleguen la totalidad de los insumos requeridos para gestionar los recursos ante la nación, Departamento del Huila y/o el Sistema General de Regalías para la dotación de técnologia biomedica para los servicios materno infantil.	Proyecto radicado ante la nación(Min. Salud), Departamento del Huila y/o el Sistema General de Regalías una vez se alleguen la totalidad de los insumos requeridos para elaborar el proyecto	1	1/03/2020	31/12/2020	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.	508	Realizar seguimiento al convenio 088-2019 que tiene por objeto la terminación del primer piso, accesos y urbanismos de la torre Materno Infantil	Actas de segumiento de obra	1	1/01/2020	31/12/2020	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	509	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	1/01/2020	31/12/2020	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	510	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	511	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 de la gestion realizada ante la oficina de Sistemas de Información	1	1/01/2020	31/01/2020	PLANEACION
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	512	Realizar la medición de los indicadores (Procesos, politicas, objetivos, entre otros) a cargo de la Oficina de Planeación, segùn 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 de Planeación.	Según periodicidad	1/01/2020	30/12/2020	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	513	Crear, ajustar, socializar documentos del Sistema de Gestión de Calidad (procesos, procedimientos, código, manual, modelo, plan, metodologia, programa, instructivo, politica, planes, formatos) según necesidad de la oficina de Planeación	Formatos: Oficio de publicación y solicitud de socialización. Otros documentos del SGC: Acto administrativo de aprobación de documentos.	Según necesidad	1/01/2020	15/12/2020	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.	514	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 de las diferentes areas de la institución.	Formatos: Oficio de publicación y solicitud de socialización. Otros documentos del SGC: Acto administrativo de aprobación de documentos.	96% de solicitudes gestionadas	1/01/2020	15/12/2020	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	515	Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos de planeación segun periocidad establecida en la misma.	Seguimiento en la matriz de riesgos y socialización del mismo en el acta autocontrol de la oficina de planeación.	según periocidad del riesgos de la matriz de planeación.	1/01/2020	31/12/2020	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	516	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	1/07/2020	30/12/2020	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	517	Divulgación de la Metodologia de Gestión del riesgo a los líderes de las unidades funcionales asistenciales y adminstrativas.	Evidencia de la divulgación a traves del correo insitucional	1	1/01/2020	31/01/2020	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	518	Consolidar el Plan de Acción Integrado MIPG para la vigencia 2020 y publicarlo en la página web.	Pla de Acción Integrado MIPG publicado en la pagina web	1	1/01/2020	31/01/2020	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.	Hacer seguimiento a los comités de mejoramiento de la calidad. (Incluye los comités obligatorios)	Actas de seguimiento a los comités de mejoramiento de calidad	519	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	1/01/2020	30/12/2020	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	520	Elaborar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Divulgarlo en la pagina web y correo Institucional.	Documento elaborado. Evidencia de la Divulgación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano a través de la pagina web y correo Institucional.	1	01/01/2020	30/06/2020	PLANEACION

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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.	Diseñar e Implementar programas de P y P, acordes con el perfil de morbimortalidad institucional y los propósitos del hospital	Programas de PYP diseñado e implementado	521	Realizar y ejecutar cronograma de las estrategias del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.	Cronograma elaborado y ejecutado.	Según cronograma	1/03/2020	31/12/2020	PLANEACION
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.	Formular y calcular los indicadores y analizar los resultados, y con base en ello formular e implementar las acciones de mejora respectivas.	Indicadores analizados y acciones de mejora formuladas e implementar.	522	Realizar la medición de los indicadores del Programa de Promoción de salud y Prevención de la Enfermedad, 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 Planeación.	Según periodicidad	1/01/2020	30/12/2020	PLANEACION
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.	523	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	25/03/2020	25/11/2020	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	524	Realizar la medición de los indicadores a cargo de la Unidad Mental incluido el indicador por productividad, segùn 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	29/01/2020	29/12/2020	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.	525	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD MENTAL
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	526	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	1/01/2020	31/12/2020	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	527	Realizar seguimiento trimestral 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.	4	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	528	Identificar Eventos y/o conductas que puedan generar costos de no calidad en los servicios asistenciales asociados a a estancias no pertinente; inoportunidad en la realización las actividades, intervenciones y servicios; eventos adversos; parada de equipos; no continuidad en la atención; entre otros, reportar consolidado de manera trimestral a la subgerencia Técnico Científica y socializar los hallazgos en reuniones de autocontrol	Consolidado trimestral de los eventos y/o conductas que pueden generar costos de no calidad identificados, entregado a la subgerencia Tecnica y socializados en reuniones de autocontrol	4	1/01/2020	31/12/2020	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	529	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios según reporte de la oficina de costos y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis realizado sobre el informe según reporte de la oficina de costos (Si Aplica)	Según reporte	1/01/2020	31/12/2020	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.	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	530	Identificar las Guías y protocolos de Atención en Salud y posteriomente desarollar la elaboración, actualización, adaptación o adopción 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, adoptarse o adaptarse. Si se trata de Adopción adherirse al proceso de Educación Médica Evidencia de las guias y protocolos gestionados para la aprobación.	1 acta de identificación, guias y/o prtocolos	1/01/2020	31/12/2020	UNIDA 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	531	Socializar las GPC y protocolos que hayan sido actualizados, adoptados, adaptados o creadas dentro de los 30 días habiles siguientes al reporte de la aprobación por parte de la oficina de Educación médica.	Evidencia de Socialización con el personal asistencial inmerso.	Según Necesidad	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	532	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	Según auditorias	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD MENTAL
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	533	Análizar el informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSD 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 PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol junto con las acciones de mejora formuladas, implementadas	12	29/01/2020	29/12/2020	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	534	Elaborar y ejecutar cronograma de capacitaciones dirigidas al usuario y su familiaa que permitan fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas para su recuperación	Cronograma de capacitaciones y seguimiento en acta de autocontrol	Según cronograma	25/03/2020	25/11/2020	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	535	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	29/01/2020	29/12/2020	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.	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.	536	Reportar 100% de los sucesos de seguridad del paciente ocurridos en el servicio, seguimiento en actas de autocontrol, 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, seguimiento en actas de autocontrol, Evidencias de la ejecución de las acciones de mejora generadas del analisisis de sucesos de seguridad reportados.	Actas de autocontrol, Según hallazgos planes de mejora	1/01/2020	31/12/2020	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	537	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	29/01/2020	29/12/2020	UNIDAD MENTAL

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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 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.	538	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	1/01/2020	31/12/2020	UNIDAD MENTAL
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	539	Realizar ronda integral de calidad que incluya criterios de Hospital seguro y humanizado	Informe de ronda integral realizada y presentada las unidade4s auditadas y a gerencia	2	1/03/2020	30/12/2020	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	540	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	1/05/2020	30/09/2020	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.	541	Suministrar mensualmente el dato de los eventos relacionados con ambiente fisico	Evidencia de envio de informacion a la lider de ambiente fisico.	12	1/01/2020	31/12/2020	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	542	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	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.	543	Socializar en el comité de historias clinicas, el informe de auditoria al correcto diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos.	Informe de auditorias al correcto diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos presentado en el comité de historias clinicas.	Según cronograma institucional de comites	1/01/2020	30/11/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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 y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores.	Resultados de indicadores analizados y validados	544	Analizar los indicadores relacionados en la herramienta de Sharepoint asociados al procesos de la oficina de garantia de calidad	Fichas tecnicas de los indicadores con el analisis relacionado según periodicidad y sociacialización de resultados en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	12	1/01/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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	545	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 presentada a subgerencia técnico cientifica	Según cronograma	1/05/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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	546	Realizar seguimiento a la actualizacion de las GPC que según necesidad del Sistema Único de Habilitación o exigencias de los estándares de Acreditación se requieran.	Documentos de seguimiento realizado a la actualizacion a las GPC	Según necesidad	1/01/2020	31/12/2020	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	547	Elaborar, aprobar y divulgar 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. Plan de auditoria elaborado y aprobado para la vigencia. Evidencia de la divulgación del Plan general de auditoria a los servicios con copia a la oficina de Planeación.	1	1/01/2020	28/02/2020	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	548	Desarrrollar el plan general de auditoria aprobado.	Evidencia y reporte de la de la ejecución del Plan general de auditoria de manera cuatrimestral a la oficina de Planeación.	3	1/02/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	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	549	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, actas de asesoria.	Según cronograma	1/02/2020	31/12/2020	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	550	Socializar las conclusiones de auditorias de GPC en el comité de Historias clínicas	Socializacion de informe de auditoria de adherencia a guias de practica clinica en el comité de historias clinicas	Según cronograma de comites institucionales	1/01/2020	31/12/2020	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.	Fortalecer el Programa de Seguridad del Paciente, a fin de que se incluyan todas las estrategias de seguridad del paciente aplicables a la institución	Programa de Seguridad del Paciente ajustado	551	Revisar y actualizar el programa de seguridad del paciente con estrategias aplicables a la institución	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	1/01/2020	30/06/2020	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	552	Divulgar e implementar el programa institucional de seguridad del paciente actualizado en la vigencia	Programa Institucional de seguridad del paciente divulgado e implementado	Según aprobación	1/07/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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	553	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	1/02/2020	31/12/2020	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	554	Medir la proporción de uso de cada uno de los canales establecidos para el reporte de los sucesos de seguridad de la vigencia	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 , socializado en comité de Seguridad del Paciente	1	1/01/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	555	Seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del analisis de los sucesos de seguridad	Documento anual que evidencie el seguimiento a los planes de mejoramiento resultado del analisis de los sucesos de seguridad, del año inmediatamente anterior.	1	1/01/2020	30/06/2020	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	556	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.	según cronograma	1/01/2020	30/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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	557	Realizar analisis anual al indicador de la evaluacion de la politica de seguridad del paciente.	Analisis del indicador de la politica de seguridad del paciene (compromisos).	1	1/11/2020	30/11/2020	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	558	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	1/04/2020	30/06/2020	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	559	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	1/02/2020	30/06/2020	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	560	Realizar y desarrollar cronograma de capacitacion del Plan de Humanización y presentarlo a la oficina de Planeación y Bienestar Laboral.	Cronograma de capacitacion elaborado. Evidencias de ejecución reportados al area de Bienestar Laboral y planeacion.	Según cronograma elaborado	1/01/2020	30/04/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado

FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD: INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 / 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.	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	561	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Implementar las estrategias adoptadas en el Programa Institucional de Humanización	Evidencias de implementación de las estrategias del Programa Institucional de Humanización	562	Realizar cronograma para socializar a nivel institucional las estrategias adoptadas en el Programa Institucional de Humanización	*Cronograma elaborado de socializacion de las estrategias del Programa Institucional de Humanización *Listas de asistencia	Según cronograma elaborado	1/01/2020	31/12/2020	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	563	Realizar informe anual de la aplicación de la lista de chequeo de medición de adherencia al programa de humanización y socializar con los servicios.	Informe realizado, registro de socializacion a los servicios.	1	1/01/2020	31/12/2020	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.	564	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	1/11/2020	31/12/2020	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	565	Orientar el desarrollo de los comites de una forma efectiva, a traves de la implementacion de las accciones encaminadas al cumplimiento de la lista de chequeo.	Documento donde se evidencie la orientacion de las accciones encaminadas al cumplimiento de la lista de chequeo.	1	1/01/2020	30/04/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	566	Realizar Subcomité de Autocontrol y Mejoramiento de la oficina de garantia de la calidad de acuerdo con los lineamientos de la resolución que los reglamenta	Actas de reunión de Subcomitè de Autocontrol y Mejoramiento OGC. (12 actas)	12	1/01/2020	31/12/2020	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	567	Socializar el modelo de mejoramiento de la calidad a los equipos	Documento donde se evidencie la socializacion a los equipos de mejoramiento	1	1/09/2020	30/11/2020	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	568	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	1/09/2020	30/09/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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	569	Comunicar resultado del avance de mejoramiento al equipo de mejoramiento institucional.	Registro de comunicación de resultados al equipo equipo de mejoramiento institucional.	1	1/09/2020	31/12/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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 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	570	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	1/02/2020	31/05/2020	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	571	Registrar en la herramientas de mejoramiento institucional las oportunidades de mejora derivadas de la autoevaluacion en acreditacion .	Herramienta de mejoramiento institucional diligenciada.	1	1/06/2020	31/12/2020	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	572	Comunicar el resultado de la autoevaluacion cuantitatva.	Documento donde se evidencie la comunicación de la autoevaluacion cuantitativa presentar a gerencia	1	1/02/2020	30/04/2020	GARANTIA DE LA CALIDAD
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.	573	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	01/02/2020	31/12/2020	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	574	Gestionar el funcionamiento el programa de manejo del dolor institucional	Informe de la gestión realizada para el funcionamiento del programa entregado a la gerencia	1	01/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	575	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 bimensuales, 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.	6	01/01/2020	31/12/2020	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.	576	Realizar el seguimiento a los indicadores que miden el cumplimiento de atributos de calidad verificables en la historia clinica y elaborar plan de mejora con lider de la unidad donde se presenta el no cumplimineto de la meta del indicador	*Evidencia del analisis de los indicadores que miden el cumplimiento de atributos de calidad verificables en la historia clinica. *Planes de mejora según necesidad, evidenciado en actas de comité de historia clinicas.	6	01/01/2020	31/12/2020	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.	577	Realizar analisis del informe de auditoria presentado por la oficina de garantia de la calidad sobre el diligenciamineto de la historia clínica de trabajo social, nutrición, psicologia y enfermería y formulación e implementacion de acciones de mejora según necesidad	*Analisis del informe de auditoria sobre diligenciamiento de la historia clinica de psicologia,, trabajo social, nutriciòn y enfermería . *Planes de mejora formulados e implemenrtados con los lideres de las unidades donde se encontraron falencias en el diligenciamiento de la historia clinica	según informes OGC	01/01/2020	31/12/2020	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.	578	Convocar a una reunión semestral de analisis de los indicadores de accesibilidad (Puntualidad, Oportunidad) relevantes de las unidades funcionales con los coordinadores y revisión de los planes de mejora establecidos por las unidades según necesidad	*Acta de reunion semestral realizada con los coordinadores de los servicios la cual debe contener el analisis de indicadores de accesibilidad (Oportunidad, Puntualidad) de los servicios (Urgencias, Hospitalizacion, Servicios Ambulatorios, Salas de Cirugía y Oncología). *Planes de mejora implementados en las unidades segun necesidad	2	01/07/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	579	Diseñar, aprobar e implementar un instrumento para identifcación de barreras de accesibilidad en las diferentes unidades	*Oficio de solicitud de instrumento para identificación de barreras de accesibilidad a los coordinadores de area. *Reunión con los coordinadores para revisión y ajuste de instrumentos de identificacion de barreras de accesibilidad. *Gestionar la aprobación del instrumento *Implenetación de instrumento de identificación de barreras de accesibilidad	1	01/02/2020	31/12/2020	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.	Formulación e implementación de acciones de mejora, según hallazgos	Acciones de mejora formuladas e implementadas	580	Formular e implementar acciones de mejora según los resultados de la auditoria a la adherencia al modelo de atención realizada por la ofcinica de garantia de la calidad	Actas de reunión con analisis del informe de auditoria con los lideres auditados. *Plan de mejora implementados según necesidad.	según informes OGC	01/01/2020	31/12/2020	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	581	Analisis del informe de la oficina de costos y Formulación e implementación de acciones de mejora que permitan intervenir las causas de baja productividad o utilización de los servicios priorizados	*Oficios de solicitud de planes de mejora a los lideres de las areas donde se identificaron desviaciones según informe de la oficnia de costos. *Planes de mejoramiento implementados	según informes de costos	01/01/2020	31/12/2020	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	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	582	Formular e implementar acciones de mejora para intervenir las causas de cancelacion de cirugia,	*Actas de cancelación de cirugia. *Planes de mejora formulados con el lider de la unidad según necesidad. *Evidencia de implementación	según necesidad	01/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	583	Realizar seguimiento semestral al cumplimiento de los acuerdos interservicios entre las diferentes unidades funcionales con los coordinadores de las areas y establecer correctivos cuando no se cumplan	*Solicitud de seguimiento semestral a los acuerdos intersevicios a los coordinadores de area . *Plan de mejora según necesidad. *Evidencia en acta de autocontrol con coordinadores	2	01/07/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
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	584	Gestionar con los lideres de las unidades la elaboración, actualización, adaptación o adopción según evidencia científica, Sistema Único de Habilitación, exigencias de los estándares de Acreditación ó Necesidades de los servicios asistenciales. de las Guías y protocolos de Atención en Salud	Acta de reunión para gestionar la actualización, elaboración, adaptación o adopción de guias y protocolos. listado de guias y protocolos elaborados y/o actualizados	según necesdiad	01/01/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
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 interé	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.	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	585	Gestionar implementaciòn de instrumento de captura de necesidades y riesgos de los usuarios, anàlizando y priorizando las necesidades mas frecuentemente identificadas.	*Acta de reunión con coordinadores de area, lider de sistemas de información y oficina de garantia de la calidad para e laboracion, de instrumento. *Aprobación del instrumento de captura del riesgo. *Evidenica de la implementación	1	01/02/2019	31/12/2020	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	586	Continuar con la Implementacion del sistema de evaluación para los colaboradores de Enfermeria, Farmacia y de Terapias tanto de conocimientos como de resultados, que permita identificar las brechas a intervenir. Coordinar con las diferentes agremicaciones.	*Informe de Evaluaciones de conocimientos realizadas *Acciones de mejora implementadas según resultados	1	01/07/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	Realización y validación de estudios de Investigación	Estudios realizados y validados	587	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	**2**	01/07/2020	31/12/2020	SUBGERENCIA TECNICO CIENTIFICA
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.	588	Estructurar e implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de la evaluación del Plan de Comunicación institucional 2019 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 2019	Según resultados de la evaluación	1/03/2020	31/05/2020	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.	589	Estructurar el Plan de comunicación institucional 2021 y Gestionar ante el Comité de MIPG su aprobación.	Plan estructurado y aprobado para la vigencia 2021	1	1/10/2020	15/11/2020	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.	590	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	16/11/2020	30/11/2020	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.	Implementar el Plan de Comunicación.	Informe de seguimiento a la implementación del plan de comunicación.	591	Implementar el Plan de Comunicación 2020 y generar informe cuatrimestral. Presentar informes en dos comités de MIPG.	Informes cuatrimestrales de ejecución. Actas de socialización de los informes	3 2	1/04/2020	31/12/2020	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.	592	Aplicar encuestas para evaluar efectividad del Plan de de comunicación institucional 2020 al cliente interno y externo de acuerdo a una muestra aleatoria.	Evidencia de encuestas aplicadas	Según muestra	1/11/2020	31/12/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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.	Evaluar la efectividad del Plan de comunicación Institucional.	Informe de evaluación de efectividad del Plan de comunicaciones.	593	Tabular encuestas aplicadas para evaluar efectividad del Plan de comunicación institucional 2019.	Archivo de base de datos de la tabulación en EPI INFO y/o en Excel.	1	1/01/2020	31/01/2020	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.	594	Analizar los resultados de las encuestas aplicadas para evaluar efectividad del Plan de comunicación institucional 2019 y elaborar informe anual de evaluación	Informe anual de evaluación 2019.	1	1/02/2020	29/02/2020	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 asegurar la integralidad de un portafolio de servicios acorde con las necesidades de los usuarios y la continuidad de la atención a los pacientes, de acuerdo con las patologías de mayor impacto y más alto volumen en la institución	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	595	Actualizar y/o elaborar los cuadernillos que conforman el portafolio institucional según necesidad	Cuadernillos del Portafolio actualizados	2	1/06/2020	31/12/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO							VIGENCIA 2020			Nuestra META ACREDITACIÓN	
	PLAN DE ACCIÓN							UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)			FECHA DE EMISION: ENERO 2018	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 asegurar la integralidad de un portafolio de servicios acorde con las necesidades de los usuarios y la continuidad de la atención a los pacientes, de acuerdo con las patologías de mayor impacto y más alto volumen en la institución	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	596	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 cualquier canal de los descritos.	Portafolio divulgado	1/01/2020	31/12/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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 asegurar la integralidad de un portafolio de servicios acorde con las necesidades de los usuarios y la continuidad de la atención a los pacientes, de acuerdo con las patologías de mayor impacto y más alto volumen en la	Ofertar el portafolio de servicios institucional.	Portafolio ofertado.	597	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	Diseñar el Plan de Mercadeo para el periodo 2020-2024	Plan de mercadeo diseñado y aprobado.	598	Diseñar el Plan de Mercadeo para el nuevo periodo gerencial y presentarlo al comité MIPG para su aprobación	Plan diseñado y aprobado en comité MIPG	1	1/05/2020	30/09/2020	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 para la vigencia 2020	Plan de mercadeo ejecutado.	599	Ejecutar el Plan de Mercadeo según cronograma y realizar Informe semestral de ejecución y enviarlo a la Gerencia a traves de medio fisico y/o electronico.	Informe semestral de ejecución del plan de mercadeo y evidencia del envío a la Gerencia.	2	1/10/2020	31/12/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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	600	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.	Según periodicidad	1/01/2020	31/12/2020	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	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	601	Revisar, ajustar y socializar los procesos y procedimientos si es necesario.	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.	Según necesidad	1/02/2020	31/12/2020	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.	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.	602	Actualizar y socializar la caracterización de clientes corporativos	Documento actualizado y evidencia de socialización a traves de correos electronicos y pagina web institucional.	1	1/05/2020	31/10/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	Utilización racional de los canales de comunicación institucional	603	Actualizar y socializar el inventario de canales de comunicación y hacer seguimiento al mismo.	Documento actualizado Evidencia de socialización a traves del correo institucional. Un informe de seguimiento	1	1/02/2020	31/12/2020	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 a los clientes corporativos	604	Aplicar la encuesta de satisfacción al 90% de los clientes corporativos con relación contractual durante la vigencia 2020	Evidencia de Encuestas aplicadas de acuerdo con el cronograma establecido y tamaño de la muestra.	90% clientes corporativos	1/09/2020	31/12/2020	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	605	Estructurar e implementar acciones de mejora de acuerdo a los resultados de evaluación del nivel de satisfacción del cliente corporativo vigencia 2019 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 2019	Según resultados de la evaluación	1/03/2020	31/05/2020	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	606	Actualizar y socializar, en caso de requerirse, las matrices de riesgo de los procesos a cargo de la Oficina de Mercadeo, 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	1/03/2020	31/12/2020	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	607	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	1/01/2020	31/12/2020	Mercadeo

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	608	Gestionar la aprobación de tarifas institucionales según necesidad de ajuste o creación, realizando 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"	Formato de solicitud Autorización tarifa Institucional diligenciado según necesidad de ajuste o creación de tarifas.	Según necesidad de ajuste o creación de tarifas.	1/01/2020	31/12/2020	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	609	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	1/01/2020	31/12/2020	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	610	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	611	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS HOSPITALARIOS
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	612	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	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	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	613	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	1/01/2020	31/12/2020	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	614	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 2020	1	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS HOSPITALARIOS
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	615	Realizar semestralmente un análisis del informe de Satisfaccion y Reporte de PQRSD en comité de Autocontrol.	Evidencia del analisis Semestral del Informe de Satisfacción y reporte de PQRSD registrado en actas de comité de autocontrol con plan de mejora si se requiere	2	1/01/2020	31/12/2020	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	616	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	1/01/2020	31/12/2020	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	617	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	1/01/2020	31/12/2020	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.	618	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS HOSPITALARIOS

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	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	619	Analizar el informe de costos de operación y facturación de servicios según reporte de la oficina de costos y dejar evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento.	Evidencia en actas de subcomité de autocontrol y mejoramiento del analisis realizado sobre el informe según reporte de la oficina de costos (Si Aplica)	Según reporte	1/01/2020	31/12/2020	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	620	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	1/01/2020	31/12/2020	SERVICIOS HOSPITALARIOS
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	621	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.	Identificaci on de los Indicadore s a cargo del àrea con las respectiva s fichas aprobadas .	1/01/2020	31/12/2020	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	622	Realizar la medición de los indicadores a cargo de área de Almacen, 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.	Mediciòn y Socializaci òn de los indicadore s aprobados según su periodicida d.	1/01/2020	31/12/2020	ALMACEN

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO	VIGENCIA 2020	Nuestra META ACREDITACIÓN
	PLAN DE ACCIÓN	UNIDAD INSTITUCIONAL (Aplica para todas las áreas)	FECHA DE EMISION: ENERO 2018 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.	623	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.	1/01/2020	31/12/2020	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	624	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 metodologìa vigente.	1/01/2020	31/12/2020	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	625	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	1/01/2020	31/12/2020	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	626	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	1/01/2020	31/12/2020	ALMACEN

HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	FORMATO							VIGENCIA 2020			Nuestra META ACREDITACIÓN	
	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.	Elaborar, divulgar, implementar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción.	Documento estrategia de lucha contra la corrupción	627	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 la socialización y/o ejecución de las actividades del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, junto con el envió cuatrimestral a la oficina de Control Iterno.	3	1/01/2020	31/12/2020	ALMACEN

(Firmado Original)
JESUS ANTONIO CASTRO VARGAS
Gerente

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