

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8	
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE
					2016	2017	2018	2019	2020		
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	1. Definición e implementación del plan maestro para 2020 para el reordenamiento físico del Hospital	% del plan desarrollado e implementado	No de acciones desarrolladas / No de acciones propuestas	0	10%	20%	40%	60%	100%	1. Elaborar los estudios de crecimiento del Hospital 2. Establecer los requerimientos de infraestructura 3. Contratar la elaboración de los estudios y diseños 4. Asignar el presupuesto 5. ejecución de adecuaciones y obras físicas	Jefe Oficina de planeación y calidad - Gerencia - Subgerencia científica - Subgerencia Administrativa y financiera
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	2. Implementar de un sistema de información integrado.	% de implementación del sistema de información integrado	No de módulos en operación / módulos adquiridos	0	50%	80%	100%	100%	100%	1. Realizar el proceso contractual de mayor cuantía para el software, hardware y redes 2. Ejecutar la Implementación de los módulos (parametrización, capacitación, pruebas, puesta en marcha y estabilización) 3. Mantenimiento del software 4. Instalación red lógica 5. configuración de la red (subeting) 6. instalación de terminales y servidores 7. Implementar el sistema de información DGH mediante la entrada en producción en las diferentes unidades funcionales tantos misionales como administrativas con los diferentes módulos adquiridos	Subgerencia administrativa - Tecnología de la información - gerente del proyecto Compras - Oficina Jurídica - Usuarios líderes módulos del sistema de información
		% de procedimientos ajustados conforme al sistema	No de procedimientos ajustados / No total de procedimientos afectados por el nuevo sistema	0	10%	50%	100%	100%	100%	1. Revisión de los procedimientos vs la nueva forma de ejecutar los mismos 2. Documentar los cambios 3. validación de los documentado vs ejecutado	Tecnología de la información, oficina de planeación - Líderes de los procesos
		% de cumplimiento del plan de mejoramiento del archivo	No de acciones ejecutadas/ No de acciones propuestas	0	10%	30%	50%	80%	100%	1. Actualizar y aprobar de tablas de retención 2. Adecuar los espacios para archivo 3. Realizar la transferencia documental 4. Realizar el proceso de eliminación documental 5. Sistematización de la ventanilla de archivo 6. Digitalización de los documentos 7. Documentar los flujos de los documentos de la organización 9. Sistematizar los flujo de trabajo (work flow)	Subgerencia administrativa y financiera - Gestión documental - mantenimiento -
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	3. Reestructuración e implementación de un sistema de costos.	% de Centros de Costos Implementados	Nº de servicios y paquetes con estructura de costos / Nº Total de servicios y paquetes ofertados.	0			100%	100%	100%	1. Diseñar, implementar, analizar y controlar la estructura de costos por servicios y paquetes quirúrgicos y no quirúrgicos.	Costos, Contabilidad, Subgerencia Activa y Financiera, Tecnología de la Información, supervisores de los Contratos
		Razonabilidad de estados Financieros	Según la escala establecida por los entes de control	No razonable	Razonables	Razonables	Razonables	Razonables	Razonables	1. Aplicar las normas generalmente aceptadas para la preparación y reporte de la información al área financiera. 2. Depurar las partidas inciertas de cuentas por cobrar a clientes, cuentas por pagar, pasivos estimados, inventarios, propiedad planta y equipos de los estados financieros, conforme a la normatividad vigente sobre el tema.	Contabilidad - Inventarios y activos fijo - Subgerencia Admón. y Financiera
		Monto acumulado de cuentas por pagar	Según estados financieros	63.257.423.279	-13%	-34%	-45%	-56%	-76%	1. Depurar las partidas inciertas de los pasivos 2. Elaborar fichas para la depuración de las partidas inciertas y analizar la información en los comités de sostenibilidad contable. 3. Aplicar las estrategias para la recuperación de la cartera de vigencias anterior. 4. Venta del Lote propiedad del Hospital por valor de \$1900 millones. 5. Preparar en conjunto con el departamento el proceso de venta de la sede el Limonar, teniendo en cuenta que esta actividad quedó plasmada en la aprobación del PGI, como fuente de financiación para el pago de pasivos. 6. Determinar el nivel de equilibrio acorde con su capacidad de venta de servicios, así como de la	Contabilidad - Inventarios y

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8		
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE	
					2016	2017	2018	2019	2020			
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMN Y FINANCIERA	4.rentabilidad de la operación de la Entidad.	Días de rotación de cuentas por pagar	No. De días del período / (Compras a crédito del periodo/ Promedio de cuentas por pagar)	203	203	320	320	320	320	consecución de recursos líquidos para el pago de acreencias de vigencias anteriores que involucren la negociación de descuentos con los diferentes acreedores, que en caso de concretarse impactaría de manera positiva e integral de la entidad 7. Implementar las estrategias para lograr el cumplimiento de las metas de ventas y de recuperación de cartera propuestas en el PGIR. 8. Gestionar la asignación de recursos ante el Gobierno Nacional y departamental y el giro de los recursos previamente asignados para el programa de saneamiento fiscal y financiero, para el saneamiento de pasivos	activos fijo - Gestión Comercial y Cartera - Subgerencia Admón. y Financiera	
		Comportamiento de los gastos de operación comercial	(Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia - Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia anterior) / Gastos de operación comercial de la vigencia / UVR de la vigencia anterior	ND			(-10%)	(-10%)	(-10%)	1. Disminuir los Gastos de operación comercial del Hospital mediante el mejoramiento del periodo promedio de pago a proveedores, recuperando las relaciones comerciales con grandes distribuidores y laboratorios, para manejar económicas de escala en los procesos de compra del Hospital.	Subgerencia Administrativa y Financiera - Compras - Unidades Funcionales	
		Rotación de cuentas por pagar generados durante el PGIR:	No. De días del periodo PGIR / (Compras a crédito del periodo/ Promedio de cuentas por pagar)	ND				90	90	90		
		Utilidad o pérdidas acumuladas del período	Según estados financieros	14.141.086.552	0	0	0	0	0	0	1. Realizar seguimiento al proceso de facturación y auditoria concurrente para la generación de facturas 100% cobrable. 2. Acelerar el proceso de respuesta y conciliación de glosas y pago de los derechos. 3. Realizar seguimiento al proceso de facturación de los servicios comprados. 4. Racionalizar el costo y gasto de la operación	Facturación y Auditoría - Subgerencia Administrativa y Financiera - Compras - Coordinadores Unidad Funcional
		Porcentaje de glosa inicial (objección)	Valor de objeción a la facturación del período*100/Valor total de facturación del periodo	12,77%	12,00%	8,00%	8,50%	8,50%	8,50%	8,50%	1. Mejorar la calidad de la facturación con estrategias como la pre auditoria de cuentas y la auditoria concurrente para evitar las demoras y atenciones no pertinentes y agilizar los procesos de respuesta a glosa y conciliaciones con la información de HC digitalizadas y organizadas para soportar los requerimientos y el apoyo del equipo de auditoria 2. Socializar los motivos de glosa a cada una de las áreas que las generan. 3.Capacitar el recurso humano con funciones en el diligenciamiento y elaboración de los RIPS que permita brindar reportes de la mejor calidad. 4. Evaluar mensualmente, en un comité interdisciplinario, las causas de glosas para tomar las acciones necesarias de mejora en las diferentes áreas involucradas.	Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Porcentaje de glosa definitiva	Valor de glosa definitiva a la facturación del periodo*100/Valor total de facturación del periodo	3%	3%	3%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%		Coordinadores U.F - Facturación y Auditoría
		Porcentaje de facturación radicada	Valor de facturación del periodo radicada en los términos*100/valor de facturación del periodo	97%	97%	97%	97%	97%	97%	97%	1. Realizar seguimiento a la entrega oportuna de las facturas por parte de los facturadores a la central para su revisión. 2. Generar y validar los RIPS. 3. Seguimiento a la radicación física y electrónica.	Facturación y Auditoría

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8	
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE
					2016	2017	2018	2019	2020		
		Porcentaje de satisfacción de los clientes	Calificación promedio entre los clientes institucionales encuestados de 1 a 10	0		8,5	8,5	8,5	8,5	1. Identificar las necesidades y expectativas de los 10 principales clientes del hospital y desarrollar acciones para satisfacerlas 2. Promover la integralidad de la atención 3. Fortalecer el proceso de referencia y contrarreferencia para lograr una mayor aceptación de remisiones de alta complejidad y los mecanismos de acceso a los servicios de salud como central telefónica y/o electrónica de citas.	Gestión comercial - Unidad Funcionales asistenciales
		Incremento real en la facturación de servicios de salud	((Acumulado de Ventas del periodo evaluado/(1+IPC))/Acumulado de ventas del periodo evaluado del año anterior)-1	94875234043,67 (línea base 2016)		22%	22%	52%	52%	1. Optimizar el uso de la infraestructura y capacidad de atención disponible para captar parte de la demanda insatisfecha del departamento 2. Aumentar los ingresos por concepto de ventas de servicios, condicionados a recursos de inversión por valor de \$20.511 Millones, las cuales deben realizarse en la vigencia 2.018.	Gestión comercial - Facturación - Unidades Funcionales
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	5.Consolidación del proceso de defensa judicial.	Procesos judiciales contestados dentro del término legal, incluidas las tutelas.	Total de procesos judiciales contestados dentro del término legal*100/Número total de procesos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1. Revisar permanentemente los estados de los procesos. 2. Implementar medidas de control y seguimiento a los términos mediante alarmas eléctricas y físicas.	Oficina Jurídica
AUTOSOSTENIBILIDAD ADMON Y FINANCIERA	6. Implementación de un sistema de control de activos	% de activos controlados dentro del sistema	No de activos controlados / No total de activos identificados	ND	70%	100%	100%	100%	100%	1. Establecer el inventario de activos 2. Depurar y realizar las bajas de los activos 3.Depuración de la cuenta contable de activos 4. Aseguramiento del 100% de los activos - 5. Implementar el modelo de control de inventarios de forma permanente 6. Asignación de inventarios por servicio y actualización permanente de novedades	Almacén e activos fijos - Subgerencia Admón. y Financiera - Contabilidad
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	1. Elaborar y desarrollar los proyectos de inversión de crecimiento para garantizar la integralidad de la atención de nuevos servicios de alta complejidad.	% de cumplimiento del desarrollo de servicios	No de servicios desarrollados/Total de servicios por desarrollar	0	10	30	100	100	100	1.Establecer el plan de crecimiento de servicios. 2.Identificar las fuentes de financiación 3. establecer las alianzas estratégicas 4. elaboración de los proyectos 5. Gestionar ante la Secretaría de Salud del Tolima y el MSPS las iniciativas de los proyectos de inversión aprobados en el ajuste 2 del PBI 2016 - 2017 para la implementación de los servicios de hemodinámica y resonancia magnética, el mejoramiento del servicio de Radioterapia (Acelerador lineal), el traslado y adecuación del servicio de Central de Esterilización e implementación del servicio de Central de Mezclas 7. Contratación de las actividades necesarias para el desarrollo del proyecto 8. Implementación del servicio,	Oficina de Planeación y Calidad - Gerencia - Subgerencia Científica - Coordinadores de servicios
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	2.Incorporación de nuevas especialidades o especialistas a la región.	% de cumplimiento del plan incorporación de nuevas especialidades	No de especialidades y especialistas/ N programado	0	1	2	3	4	5	1. Establecer las necesidades actuales de déficit de especialistas y/ especialidades conforme a los requerimientos del Hospital y la Región. 2. Realizar búsqueda y acercamiento a los posibles nuevos especialistas. 3. Vincular a los especialistas y especialidades a la Institución.	Subgerencia científica - Gerencia
FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD	3.Formular un centro de excelencia para la región.	% de formulación del centro de excelencia	No de acciones desarrolladas/ No de acciones propuestas	0	10%	40%	60%	80%	100%	1. Establecer el grupo responsable de la formulación del centro de excelencia. 2. Definir el programa de salud que será centro de excelencia 3. Elaborar el plan de tratamiento específico 4. Establecer el plan de implementación y medición de los resultados clínicos y demás aspectos necesarios para soportar la efectividad del programa. (investigación, mejoramiento y reconocimiento formal	Subgerencia científica - Coordinadores asistenciales

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8		
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE	
					2016	2017	2018	2019	2020			
CULTURA ORGANIZACIONAL	1. Implementar el programa de capacitación del Talento humano enfocado al desarrollo de las competencias y humanización de la atención.	% de cumplimiento del plan de capacitación	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	86	90	90	90	90	90	95	1. Identificar las necesidades del personal por áreas 2. Definición de las competencias a desarrollar 3. elaboración del plan anual de capacitación 4. evaluación trimestral del plan 5. evaluación anual y reformulación del plan	Subgerencia administrativa - Gestión Talento Humano
CULTURA ORGANIZACIONAL	2. Diseñar y ejecutar un programa de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional.	% de ejecución del plan de desarrollo de personal y cultura del Hospital	No de actividades ejecutadas / No de actividades desarrolladas	0	10	40	70	100	100	100	1. Elaborar el plan de desarrollo del personal y creación de cultura organizacional 2. Ejecutar el plan y generar los informes de seguimiento	Subgerencia administrativa - Gestión Talento Humano
HOSPITAL UNIVERSITARIO	1. Definición y fortalecimiento de las líneas de investigación.	% de cumplimiento del programa de investigación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	40	70	80	90	100	100	1. Definir el programa de investigación para el Hospital. 2. Capacitar al talento humano en investigación 3. Establecer alianzas estratégicas con grupos de investigación, 4 Definir las líneas de investigación. 5. Formar grupo de investigación del Hospital. 6. Realizar evaluación anual al programa y realizar las acciones de mejora	oficina e Docencia, internado e innovación - Gestión del talento humano
HOSPITAL UNIVERSITARIO	2. Publicaciones y participación académica internacional.	No de publicaciones de investigaciones en revistas indexadas	NA	0	1	2	2	3	3	3	1. Crear estímulos para fomentar la publicación entrevistas indexadas del personal del Hospital 2. capacitación del R. Humanos en las técnicas para la publicación.	oficina e Docencia, internado e innovación - Gestión del talento humano
		No de participaciones del personal en eventos académicos internacionales	NA	0	1	2	2	2	2	2	2	1. Definir la política para facilitar al recurso humano para su participación en eventos académicos internacionales. 2. Implementar la policía en los procesos y procedimientos 3. Socializar la política y procedimientos al talento humano. 4. Evaluar el impacto de las directrices establecidas.
HOSPITAL UNIVERSITARIO	3. Implementar el modelo de Innovación para la Institución e incentivar su aplicación y desarrollo.	% de implementación del modelo de innovación	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	0	0	20	40	80	100	100	1. Conformar el grupo responsable del proceso de innovación en el Hospital. 2., Definir modelo de innovación a desarrollar. 3. Establecer las líneas de innovación 4. Realizar el seguimiento, documentación e impacto de las innovaciones. 5. Efectuar la evaluación del modelo y realizar las acciones de mejoramiento	oficina de Docencia, Internado e innovación - Talento Humano - Gerencia
HOSPITAL UNIVERSITARIO	4. Fortalecer los convenios institucionales para acceder a rotación de residencias medicas y profesionales en las áreas de la salud y administrativas.	% de convenios vigentes	No de convenios vigentes / No de convenios firmados	ND	90	100	100	100	100	100	1. Definir los convenios estratégicos para el Hospital tanto asistenciales como administrativos. 2. Revisar el estado de los convenios y efectuar su legalización 3. Realizar las reuniones de los convenios docentes asistenciales 4. Ajustar el plan el plan de practicas por convenio y anexo técnico conforme a las nuevas disposiciones normativas. 5. capacitación de metodología de educación al personal asistencial.	oficina de Docencia, Internado e innovación - Talento Humano - Gerencia
		Nuevas especialidades con residencias medicas	NA	0	0	2	3	3	3	3	3	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Planeación y Gestión en tod	1. % de implementación del modelo	No de dimensiones implementados / N° total de dimensiones del modelo	0			40		60	80	Crear Comité Institucional de Gestión y Desempeño. 1. Realizar diagnóstico por dimensiones 2. Desarrollar plan de trabajo por fases para implementación del Modelo. 3. Ejecutar el Plan de acción. 4. Realizar las evaluaciones periódicas de la implementación de modelo. 5. Generación de acciones de mejora y ajuste del modelo por cada fase de implementación desarrollada.	Comité institucional de Gestión y Desempeño, líderes de política MIPG, Coordinadores de Unidades Funcionales
		2. Ejecución del >85% del plan anual de trabajo del Modelo	2. Número de actividades ejecutadas/ n° total de actividades programadas	0			85%		85%	85%		

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8		
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE	
					2016	2017	2018	2019	2020			
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	2.Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	% de servicios cumpliendo requisitos de habilitación	No de servicios con el 100% de requisitos cumplidos/No total de servicios declarados REPS	52% (2017 corresponde a ajuste de indicador realizado por la Superintendencia)	80	85	100	100	100	1. Realizar el diagnóstico de incumplimiento de los estándares de mejoramiento por servicio. 2. Elaborar los presupuestos las actividades a desarrollar. 3. Priorizar las acciones de mejora y establecer las fuentes de financiación para su ejecución. 4. Realizar las acciones de los servicios priorizados con recursos propios (quirófano y cuidado intensivo). 5. Elaborar proyecto para consecución de recursos externos para ejecución de actividades de mejoramiento. 6. Realizar verificación y autoevaluación periódica para garantizar el cumplimiento de los requisitos. 7. Realizar medición de adherencia de documentos del Sistema de habilitación según el requerimiento de la norma. 8. Gestionar los entrenamientos y las validaciones de títulos del recurso humano. 9. Fortalecer el estándar de procesos prioritarios con la elaboración de la documentación requerida. 10. Garantizar recursos para proyectos de infraestructura y dotación de equipos médicos, que permitan el cumplimiento de estándares de habilitación en infraestructura, dotación e interdependencia de servicios.	Coordinadores de los servicios asistenciales - Oficina de planeación y calidad - Subgerencia administrativa y Financiera - Mantenimiento	
		% de cumplimiento del PAMEC	No de acciones desarrolladas / no de acciones propuestas	42	70	80	80	80	80	Generar el plan de mejoramiento de PAMEC con base en las autoevaluaciones de Acreditación, Ejecutar el plan de mejoramiento, realizar seguimiento y autoevaluación al plan, Consolidar los resultados del plan de mejoramiento, elaborar informe de cierre del ciclo del Pamec.	Oficina de Planeación y Calidad - Coordinadores de servicios - Comité de calidad	
		% de cumplimiento reporte sistema de información para la calidad	No de informes reportados/no de reportes obligatorios	100	100	100	100	100	100	100	Generar mensualmente los indicadores de calidad, realizar seguimiento y validación de la información, validar la periódicamente las fichas de los indicadores, detectar acciones de mejora de los indicadores, ejecutara acciones de mejora	Epidemiología, infecciones y estadística - Oficina de planeación y calidad - Coordinadores de servicios
		% de cumplimiento autoevaluación de estándares de acreditación	No de estándares evaluados / No total de estándares	NA	100	100	100	NA	100	100	Establecer la metodología para el desarrollo de la autoevaluación. Ejecución del proceso de autoevaluación, Consolidación de los resultados, Priorizar las acciones de mejora a desarrollar.	Oficina de planeación - grupos de autoevaluación - comité de calidad
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	3.MECI	% de cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno	No de componentes cumplidos / total de componentes del sistema	ND	80	100	100	100	100	Verificación del sistema- autoevaluaciones - auditoría independiente - planes de mejora conforme al ajuste del sistema del MIPG	Oficina de planeación - todas las dependencias - oficina de control interno	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	4.Seguridad y Salud en el tr	% de cumplimiento del sistema de seguridad en el trabajo	No de requisitos cumplidos / total de requisitos		100	100	100	100	100	Verificación del sistema- autoevaluaciones - auditoría independiente - planes de mejora	Salud Ocupacional - Oficina de Planeación - Subgerencia administrativa	
		% de cumplimiento del plan de seguridad y salud en el trabajo	No de acciones desarrolladas/ total acciones programadas		>90	>90	>93	>96	>99	1, Formulación del plan anual de seguridad y salud en el trabajo 2, Desarrollo de las actividades 3, Autoevaluación del plan 4, Evaluación independiente de plan 5, Generación de acciones de mejora	Salud Ocupacional	
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	5.Medio Ambiente	% de cumplimiento del plan de implementación del sistema de gestión del medio ambiente	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	40	80	90	100	100	1, Elaborar el plan de gestión ambiental con implementación gradual. Implementación de acciones definidas por año - evaluación anual del programa - revisión y ajuste del plan de forma anual	Gestión ambiental - Subgerencia administrativa	

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8	
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE
					2016	2017	2018	2019	2020		
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	6.Gestión del Riesgo	% de implementación del sistema de administración del riesgo	No de acciones desarrolladas/ no de acciones programadas	0	70	80	90	100	100	1. Definir la metodología para la gestión del riesgo 2. Elaborar el plan de gestión del riesgo 3. Realizar el seguimiento a los riesgos y evaluación de los controles 4. Realizar las acciones de mejora al sistema de gestión del riesgo. 5. Validar el sistema de Gestión del riesgo en el MIPG	Oficina de Planeación y Calidad
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	Prestación de servicios con calidad	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita /Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución	23,3	15 días	15 días	15 días	15 días	15 días	1. Realizar Seguimiento a la oportunidad de las especialidades con mayor volumen de usuarios o con mayor demanda. 2. Redistribución de la agenda, teniendo en cuenta las especialidades con mayor demanda y necesidades el hospital. 3. Mantener abiertas las agendas de las diferentes especialidades.	Coordinador U.F. Ambulatorios
		Oportunidad en la atención del Triage en Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en Triage y el momento en el cual es atendido el paciente / Total de usuarios atendidos en Triage	24,00	20 min	20 min	10 min	10 min	10 min	1. Revisión de la herramienta de medición y optimizar el proceso.	Coordinador U.F. Urgencias
		Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	441	180 min	180 min	30min	30min	30min	1. Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos.	Coordinador U.F. Internación - Coordinador U.F. Urgencias
		Porcentaje de ocupación en urgencias	Sumatoria de días estancia en urgencias en el período * 100 / Total de días estancia disponibles en urgencias en el período	157%	100%	100%	90%	90%	90%	1. Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos. 2. Mejorar la resolutivez por parte del especialista. Aumentar el numero de contrarreferencia realizadas en el periodo.	Coordinador U.F. Internación - Coordinador U.F. Urgencias
		Porcentaje de pacientes con estancias superiores a 24 horas en urgencias	Número de pacientes con estancia superior a 24 horas * 100 / Número total de pacientes en urgencias	50%	50%	20%	0%	0%	0%	1. Mejorar la rotación de la cama en piso, mejorando el tiempo de la definición de conducta por parte del especialista y ajustar los procesos internos. 2. Mejorar la resolutivez por parte del especialista.	Coordinador U.F. Internación
		Porcentaje de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período * 100 / Número de cirugías programadas en el período	10,40%	6,5%	6,0%	5,0%	5,0%	5,0%	1. Continuar con el seguimiento al indicador de cancelación. 2. Generar planes de mejoramiento cuando se presentes desviaciones en el indicador.	Coordinador U.F. Quirúrgicos
		Porcentaje de vigilancia de eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y Gestionados * 100 / Número total de eventos adversos detectados	89,60%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	1. Implantar el programa de Seguridad del Paciente	Oficina de Planeación y calidad
		Tasa global de infección hospitalaria	Número total de infecciones del período * 100 / Número total de egresos del período	4,2	3,9%	3,9%	4,0%	4,0%	4,0%	1. Aplicar listas de chequeo para la verificación de las medidas preventivas para la disminución de las IAACS. 2. Realimentar a los servicios los no cumplimientos de los protocolos o medidas preventivas. 3. Formar líderes en los diferentes servicios.	Epidemiología, infecciones y estadística - Coordinadores U.F.

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2016 - 2020



Código: DI-FR-003		Fecha de elaboración: 10-02-1998			Fecha de actualización: 02/01/2018					VERSIÓN: 8	
LINEA ESTRATEGICA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES AÑO INICIO- AÑO FINALIZACIÓN	FÓRMULA	LINEA BASE (31 dic 2015)	METAS					ACCIONES O INICIATIVAS ESTRATÉGICAS	RESPONSABLE
					2016	2017	2018	2019	2020		
		Tasa de mortalidad mayor a 48 horas	Número total de muertes después de 48 horas en el período*100/Número total de egresos del período	4,30%	3,70%	3,50%	4,00%	4,00%	4,00%	1. Realizar seguimiento el reporte y análisis de la mortalidad hospitalaria y diligenciamiento oportuno del registro de defunción en el RUAF del paciente fallecido. 2. Elaborar la ficha técnica del indicador y generar el seguimiento del mismo. 3. Reactivar el comité de mortalidad hospitalaria.	Coordinador U.F. Internación
		Porcentaje de adherencia a guías prioritarias en maternidad: Código rojo, código azul, atención de parto, HIE, asfixia perinatal, sepsis obstétrica	Según medición de auditoria	ND	80%	82%	100%	100%	100%	1. Actualización y socialización de las guías. 3. Diseñar y aplicar listas de verificación y aplicarlas mensualmente. 4. Conformar grupos de auditoria con competencias para la medición. 4. Realizar cuestionarios al personal para determinar el conocimiento de las guías. 5. Generar informe mensual de comportamiento del indicador	Coordinador U.F. Internación
		Porcentaje de adherencia a manual de buenas prácticas de esterilización	Según medición de auditoria	ND	80%	90%	100%	100%	100%	1. Realizar seguimiento a la implementación del manual 2. Diseñar y aplicar lista de verificación del cumplimiento de los protocolos. 3. Conformar grupos de auditoria con competencias para la medición. 4. Generar informe mensual de comportamiento del indicador	Subgerencia científica - Coordinador Central de esterilización
		Porcentaje de satisfacción de los usuarios	Número de usuarios satisfechos con el servicios recibido * 100 / Número total de usuarios atendidos	95%	94%	95%	95%	95%	95%	1. Implementar la divulgación de los derechos y deberes a los funcionarios y los usuarios. 2. Formular del programa de humanización 3. Generar de planes de mejoramiento ante fallas repetitivas del servicio y hacer seguimiento del mismo.	Atención al Usuario - Coordinadores de U.Funcional