



PLAN ESTRATÉGICO 2020 - 2025

APROBADO JUNTA DIRECTIVA 28 DE MAYO DE 2020

MAYO DE 2020
SOCIEDAD MÉDICA ANTIOQUEÑA S.A. SOMA
Calle 51 No. 45-93 - Medellín - Colombia

EQUIPO LÍDER DE PLANEACIÓN

VÍCTOR MANUEL BLAIR LLORENS
Presidente Junta Directiva

LUIS FERNANDO BRAVO MÚNERA
Gerente Clínica SOMA

MARIA VICTORIA RESTREPO VÉLZ
Directora Administrativa y Financiera

JUAN CARLOS AGUIRRE MARTÍNEZ
Director Científico

GLORIA LÓPEZ AGUDELO
Directora de Calidad y Planeación

JUAN ESTEBAN POSADA GIL
Coordinador Médico Clínico

Presentación

La Sociedad Médica Antioqueña S.A. SOMA, es una institución hospitalaria de carácter privado y de alta complejidad, situada en el corazón de Medellín. Mirando hacia el futuro, la clínica emprendió un proceso de planeación de largo plazo para el período 2020 – 2025, actualizando el plan estratégico definido para el periodo 2018 – 2022, el cual partió de la formulación de un diagnóstico estratégico que fue realizado con corte al 31 de agosto de 2016 y consolidado durante septiembre del mismo año.

Con base en estos insumos y en la valoración de los avances alcanzados hasta diciembre de 2019, a finales de mayo de 2020 se realizó un ejercicio de redireccionamiento estratégico, permitiendo revisar y ajustar la plataforma estratégica, el mapa estratégico, actualizar y desarrollar los objetivos de este mapa mediante planes de acción, con sus correspondientes indicadores y metas, que al consolidarse, permiten contar con el cuadro de mando integral que se presenta al final de este documento.

Esta propuesta es presentada a los miembros de la Junta Directiva y aprobada por unanimidad en la sesión del 28 de mayo de 2020.

El presente documento, constituye entonces la carta de navegación de la Clínica SOMA para el período 2020 – 2025.

No obstante, desde ahora se está avanzando en la formulación del Plan Estratégico 2026 – 2030, para el cual el eje central de los esfuerzos, estará enfocado en el cumplimiento de la norma de sismo resistencia para los servicios que es exigido este componente. Para ello, ya se está trabajando en los diseños.

Para que estos ejercicios de planeación resulten exitosos, será necesario un alto grado de compromiso de los líderes en la ejecución de las tareas asignadas, y de la alta dirección, tanto en el despliegue de este proyecto, como en el seguimiento y orientación a los planes que de él se deriven.



VÍCTOR MANUEL BLAIR LLORENS
Presidente Junta Directiva

Contenido

1. ANÁLISIS ESTRATÉGICO	8
1.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS	8
1.2. ANÁLISIS DE POSICIÓN ESTRATÉGICA	14
1.3. ANÁLISIS FLOR	15
1.4. PREMISAS A MARZO DE 2020	16
1.4.1. SITUACIÓN PRECEDENTE	16
1.4. VOZ DEL CLIENTE INTERNO	21
1.5. VOZ DEL CLIENTE EXTERNO	25
1.6. REFERENCIACIÓN CON LA COMPETENCIA	25
2. REFORMULACIÓN ESTRATÉGICA	26
2.1. NUEVA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	26
2.1.1. MISIÓN	26
2.1.2. VISIÓN	26
2.1.3. VALORES	27
2.1.4. MAPA DE PROCESOS	28
2.1.5. ORGANIGRAMA	30
2.2. MAPA ESTRATÉGICO	31
2.3. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	32
2.3.1. CONTAR CON INSTALACIONES SEGURAS, MODERNAS Y DIGNAS	32
2.3.2. GARANTIZAR LA SUFICIENCIA, LA COMPETENCIA Y LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	37
2.3.3. INCREMENTAR LA COMPLEJIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS	41
2.3.4. DISPONER DE INFORMACIÓN CONFIABLE EN TODOS LOS PROCESOS	44
2.3.5. LOGRAR UN DESARROLLO SEGURO, EFICIENTE Y CONFIABLE DE LAS TECNOLOGÍAS	47
2.3.6. MEJORAR LA CALIDAD EN TODOS LOS PROCESOS Y LA EFICIENCIA ORGANIZACIONAL	49
2.3.7. LOGRAR UNA CULTURA DE COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN	53
2.3.8. ELEVAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	55
2.3.9. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA EFICACIA DE LOS PROCESOS	57
2.3.10. GARANTIZAR EL CRECIMIENTO Y RENTABILIDAD FINANCIERA	58
ANEXO. INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO	61

1. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

1.1. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS

Para desarrollar la reformulación estratégica, se toma como base la evaluación previa para cada uno de los componentes del diagnóstico estratégico anterior, según aplicara, sus fortalezas, limitaciones estratégicas, oportunidades y retos, la que se calificó mediante el uso de dos herramientas técnicas: la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) y la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), que se presentan a continuación:

Modelo Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

FORTALEZAS						LIMITACIONES ESTRATÉGICAS				
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano Plazo 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano Plazo 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO
COMPONENTE 1	Factor 1									
	Factor 2									
	Factor 3									
COMPONENTE 2	Factor 1									
	Factor 2									
	Factor 3									

Modelo Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE)

OPORTUNIDADES						RETOS				
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano Plazo 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano Plazo 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO
COMPONENTE 1	Factor 1									
	Factor 2									
	Factor 3									
COMPONENTE 2	Factor 1									
	Factor 2									
	Factor 3									

Este ejercicio permitió obtener el Índice MEFI y el Índice MEFE, mostrados al final de cada matriz, los que al cruzarse en una matriz de regiones estratégicas describe la posición actual de la clínica y orienta la formulación de la estrategia general, como se muestra a continuación:

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)

FORTALEZAS						LIMITACIONES ESTRATÉGICAS				
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO
LIDERAZGO Y GOBIERNO CORPORATIVO	Tradición organizacional de uso de instrumentos de gobierno corporativo	2	3	3	18	Deficiencias en la percepción de los colaboradores sobre el liderazgo de la mayoría de los coordinadores y directores.	2	3	3	18
	Existencia y operación de los comités	3	3	3	27	Debilidades en la comunicación interna y externa	3	3	3	27
	Percepción positiva del personal sobre el clima laboral	2	3	3	18	Percepción neutra sobre las capacidades organizacionales para el cambio y la innovación	3	3	3	27
GESTIÓN ASISTENCIAL Y DE CALIDAD	Promedios de estancia cortos	3	3	3	27	Bajos niveles de ocupación de las Unidades de Cuidado Crítico y de los quirófanos	2	3	3	18
	PAMEC alineado con el programa de seguridad del paciente	3	3	3	27	Predominio de especialidades básicas en la oferta y producción de servicios	3	3	3	27
	Percepción positiva de los usuarios sobre la clínica	2	3	3	18	Debilidades en la operación del modelo interno de mejoramiento continuo de la calidad	3	3	2	18
						Modelo mixto de gestión del servicio farmacéutico	3	3	3	27
GESTIÓN DEL CAPITAL HUMANO	Cumplimiento de la normativa laboral vigente en materia de administración de personal	2	3	2	12	Ausencia de un modelo de gestión por competencias	3	3	2	18
	Bajas tasas de accidentalidad laboral y buenos resultados en rotación de	2	3	3	18	Escala salarial formulada de manera no técnica, con posibles inequidades	2	3	2	12

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)

FORTALEZAS						LIMITACIONES ESTRATÉGICAS				
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO
	personal									
	Disponibilidad de una plataforma virtual para la formación del personal	3	3	3	27	Clima laboral en niveles intermedios y aún no intervenido	3	3	2	18
						Gestión de docencia servicios que no cumple con la totalidad de los requisitos	2	3	3	18
						Ausencia de un programa de preparación para el retiro laboral	2	2	1	4
GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y LA INFRAESTRUCTURA	Cumplimiento en el mantenimiento preventivo de equipos biomédicos e industriales	3	3	3	27	Ausencia de un modelo integral de gestión tecnológica	3	3	1	9
	Buena capacidad de respuesta a las solicitudes de mantenimiento correctivo de la infraestructura, instalaciones y equipos	3	3	1	9	Debilidades de control y vigilancia sobre las tecnologías contratadas con terceros	3	3	2	18
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN Y DE LAS TIC	Avances importantes en materia de seguridad informática	3	3	3	27	Insuficiente desarrollo de los procesos clave de gerencia de la información	3	3	2	18
	Avances en el cumplimiento de normas sobre protección de datos y prevención de	3	3	3	27	Limitaciones en minería de datos e incorporación de tecnologías innovadoras para la prestación de servicios de salud	3	3	3	27

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)

FORTALEZAS						LIMITACIONES ESTRATÉGICAS				
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO
	delitos informáticos					y relacionamiento con los usuarios				
	Proceso confiable de preservación de la información digital	2	3	2	12					
GESTIÓN DEL CONTROL INTERNO	Adopción de un modelo internacional y estandarizado para el desarrollo del modelo de control interno	3	2	1	6	Carencia de un módulo o software para gestionar los proyectos, procesos, indicadores y planes de mejora, entre otros	3	3	3	27
	Inicio de un enfoque de planeación que favorecerá la cobertura del control interno y la cultura del autocontrol	3	2	2	12					
	Adopción de indicadores de desempeño que contribuirán a potencializar los procesos de mejoramiento institucional y el cierre de ciclos	3	2	1	6					
GESTIÓN COMERCIAL	Buenos resultados con respecto a las metas de ventas y de crecimiento establecidas	3	3	3	27	Dependencia alta de clientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud	3	3	3	27
	Buena composición de clientes	2	3	3	18					

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS (MEFI)											
FORTALEZAS						LIMITACIONES ESTRATÉGICAS					
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	
GESTIÓN FINANCIERA	Tradición de cumplimiento de las obligaciones tributarias	3	3	3	27	Desde el punto de vista financiero, la institución puede encontrarse en una “zona de confort”	2	3	2	12	
	Buenos resultados de los indicadores financieros pese a la crisis económica del país y del sistema de salud	3	3	3	27						
					PROMEDIO	19,86					
							PROMEDIO	19,47			

ÍNDICE MEFI
19,67

En estas matrices, la calificación se fundamenta en las siguientes definiciones:

AMPLITUD: Grado de extensión del factor analizado sobre los procesos de la institución.

PLAZO: Época prevista para que el factor cause su efecto.

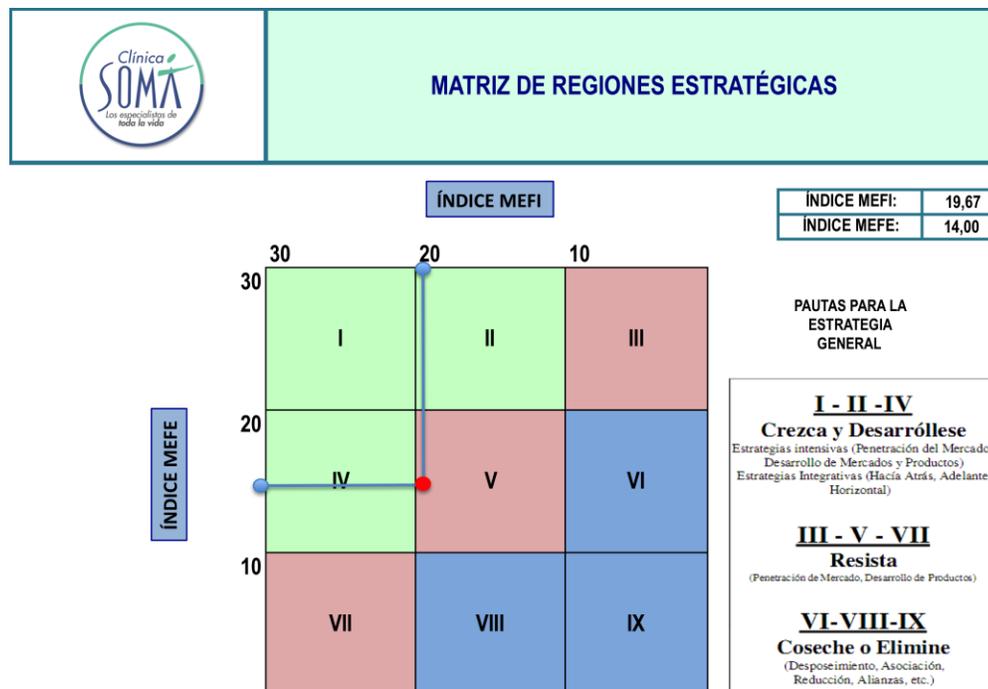
IMPACTO: Nivel positivo o negativo de consecuencias del factor sobre la organización.

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (MEFE)											
OPORTUNIDADES						RETOS					
COMPONENTE	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	FACTORES DETERMINANTES	AMPLITUD 1. Baja 2. Media 3. Alta	PLAZO 1. Largo Plazo 2. Mediano 3. Corto Plazo	IMPACTO 1. Bajo 2. Medio 3. Alto	PONDERADO	
ENTORNO LEGAL Y ECONÓMICO	Buenas perspectivas económicas para Colombia	3	2	2	12	Riesgo financiero en el Sistema de Salud	3	3	3	27	
	Mejora imagen del país y precio del dólar para exportación de servicios de salud	1	3	1	3	Tendencia creciente a la contención de costos desde el ente rector	3	3	3	27	
	Necesidad sectorial de contención de costos.	2	2	2	8	Dólar alto para la compra de equipos importados	3	3	3	27	
ENTORNO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Necesidad creciente de atención para patologías crónicas	1	3	2	6	Implementación de las RISS y de las RIAS	1	1	1	1	
	Déficit de camas en Antioquia	3	3	2	18	Pacientes cada vez más informados y demandantes	3	3	2	18	
	Disponibilidad de nuevos enfoques y herramientas tecnológicas en salud.	1	3	3	9	Competencia por fuera del Valle del Aburrá	2	3	2	12	
PROMEDIO					9,33	PROMEDIO					18,67

ÍNDICE MEFE
14,00

1.2. ANÁLISIS DE POSICIÓN ESTRATÉGICA

Al cruzar los índices MEFI y MEFE en la matriz de regiones estratégicas, se obtuvo el resultado que se muestra a continuación.



La posición de la Clínica Soma en la región V, sugiere que la estrategia global de la institución debe encaminarse hacia un modelo de trabajo que le permita mantenerse en el mercado mientras pasa la crisis sectorial (Resistir), pero, al mismo tiempo, aprovechar las posibles oportunidades de incrementar la participación en el mercado y pensar en el desarrollo de nuevos productos o servicios que le permitan, una vez superada la crisis del entorno, avanzar hacia un modelo más agresivo de crecimiento y expansión. En palabras de los propios autores¹ de esta metodología:

"La estrategia debe ser de mantenimiento, consolidación y resistencia: identificar y controlar costos de no calidad, políticas de austeridad en el gasto, fortalecimiento cauteloso de servicios claves".

Este planteamiento, correlacionado con los hallazgos previstos en el diagnóstico estratégico, sugiere que la institución debería empezar a revisar a fondo sus procesos y procedimientos para ganar en eficiencia y calidad, de manera que se construyan y fortalezcan ventajas competitivas a futuro, basadas en el control de los desperdicios y la disminución de costos de no calidad.

¹ KAPLAN, R. S. Y NORTON, D. P. Mapas Estratégicos. Boston: Harvard Business School Press, 2005.

1.3. ANÁLISIS FLOR

Como resultado final del análisis de los factores internos y externos, y luego de cruzar las Fortalezas, Limitaciones Estratégicas, Oportunidades y Retos (Análisis FLOR), conforme al modelo que se muestra a continuación, el equipo líder de planeación formuló un “portafolio de iniciativas estratégicas que sería un insumo esencial para etapa de redireccionamiento estratégico.

Modelo de Análisis FLOR para la formulación de Iniciativas Estratégicas

	OPORTUNIDADES 1. 2. 3. 4.	RETOS 1. 2. 3. 4.
FORTALEZAS 1. 2. 3. 4.	INICIATIVAS FO (OFENSIVAS)	INICIATIVAS FR (DEFENSIVAS)
LIMITACIONES 1. 2. 3. 4.	INICIATIVAS LO (ADAPTATIVAS)	INICIATIVAS LR (DE SUPERVIVENCIA)

1.4. PREMISAS A MARZO DE 2020

Para la reformulación del plan estratégico 2020 – 2025, se tuvo en cuenta el contexto actual de la organización, destacando principalmente, las siguientes premisas:

1.4.1. SITUACIÓN PRECEDENTE

- 1.4.1.1 CAJA. La Clínica viene presentando problemas de caja, por situaciones relacionadas con:
- Deuda con DEMPOS por 5.000 millones de pesos a una tasa de interés del 1,5%.
 - Pagos de la EPS SURA que ingresan a la Fiducia
 - Créditos con CONFIAR y COMEDAL
 - Venta de acciones
 - Pago de honorarios a los especialistas por los servicios prestados, independiente del recaudo de los mismos
 - Sobregiros permanentes en diferentes bancos
 - Otorgamiento permanente de descuento por pronto pago a SURA.

- 1.4.1.2 CONFIANZA. Pérdida de la confianza en el futuro de la organización por parte de los accionistas, quienes vislumbran un futuro incierto que los ha llevado a plantear las siguientes opciones como única salda:
- Vender el lote de ubicado en Envigado
 - Vender parqueaderos
 - Vender la Clínica

Varios de los accionistas iniciaron la venta de acciones a muy bajo precios pensando en salvar lo que se pudiera.

- 1.4.1.3 PROVEEDORES. Deudas a los proveedores que superan los 44.000 millones y a más de 360 días. Esta situación ha llevado a comprar a otros proveedores a precios más altos y diferente calidad. Adicionalmente, con la amenaza constante de embargo y cierre de servicios.

- 1.4.1.4 CARTERA. La cifras de la cartera no son claras y se vio con gran afectación por la liquidación de varias EPS, lo que ha representado pérdida significativa para la institución.

- 1.4.1.5 MODELO ADMINISTRATIVO. El modelo administrativo desarrollado en los últimos años se ha desencadenado un incremento injustificado en la planta de cargos, al solucionar las deficiencias y debilidades de los procesos, con la vinculación de personal. Adicionalmente, se encuentran situaciones como:

- Procesos de Facturación y Auditoría descoordinados entre sí, generando retrasos importantes en la radicación de las cuentas por cobrar a las diferentes Entidades Responsables de Pago.
- Contratos de prestación de servicios para subsanar la ineficiencia de algunos funcionarios de planta.
- Un área de control Interno que depende jerárquicamente de la Gerencia, lo cual afecta la independencia que debe caracterizar a esta instancia.
- Contratación de personal solicitado por las diferentes áreas, sin que medie una justificación y análisis previo para su aprobación.

1.4.1.6 RECURSO HUMANO. Con relación al recurso humano se encuentran importantes oportunidades de mejora que deben ser intervenidas de manera prioritaria, tales como una planta de cargos sobre dimensionada con 552 empleados, adicionalmente se tienen contratos de prestación de servicios para:

- ✓ Aseso
- ✓ Vigilancia
- ✓ Alimentación
- ✓ Lavandería
- ✓ Almacenamiento de Historia Clínica y otros documentos
- ✓ Atención de usuarios en modalidad evento y por horas

1.4.1.7 PROCESOS. Con relación a los procesos, se evidencian importantes situaciones a intervenir, como:

- Desarticulación entre los diferentes procesos (direccionamiento, misionales, de apoyo y de evaluación y control).
- Esfuerzos aislados, que generan re procesos
- Readecuación de la Central de Esterilización suspendida hace más de 8 años, aun cuando se había destinado una cantidad importante de recursos para la obra.
- Satélite del servicio farmacéutico del Cirugía del 4° Piso pendiente de implementar.

1.4.1.8 ORGANIGRAMA. La estructura organizacional de la Clínica SOMA está representada mediante el organigrama en el que, la Asamblea, es el máximo ente de dirección de la organización, de cuyo seno se elige la Junta Directiva. La Revisoría Fiscal reporta directamente a la Asamblea. En línea de Staff con la Dirección General se encuentra el Comité de Dirección y Planeación, el cual se ha modificado por el de Gerencia.

De la Dirección General (Gerencia), se desprenden en línea de dependencia 3 direcciones: Dirección Administrativa y Financiera, Dirección Médica y Dirección de Calidad.

De la Dirección Administrativa y Financiera dependen, en línea directa, 10 coordinaciones:

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| ▪ Servicios generales | ▪ Gestión humana |
| ▪ Control interno | ▪ Informática |
| ▪ Mantenimiento | ▪ Contabilidad |
| ▪ Costos, Presupuesto y Estadística | ▪ Compras |
| ▪ Admisiones y Facturación | ▪ Cartera |

La Dirección Médica tiene en dependencia directa una coordinación de servicios asistenciales, la coordinación de urgencias, la coordinación de enfermería, las especialidades médicas y una mezcla de cargos asistenciales y de apoyo con diversos niveles de jerarquía.

De algunas de las coordinaciones, se desprenden, en línea de dependencia, un conjunto de cargos, algunos de ellos ocupados por un solo empleado. De otra parte, la Dirección Administrativa y Financiera y la Dirección Médica comparten en dependencia directa 1 coordinación adicional: la de auditoría. Por su parte, de la Dirección de Calidad no dependen coordinaciones sino dos cargos: Un analista de calidad y un asistente de calidad y atención al usuario.

Desde el punto de vista de la teoría organizacional, delineada por autores contemporáneos como Furrer, Kortmann y Hitpass, entre otros, la estructura de cargos y dependencias adoptada por la Clínica SOMA presenta aspectos que deben ser aclarados o corregidos, como:

- Indefinición del enfoque organizacional: La institución no ha determinado de manera explícita si se acoge a una gestión por departamentos o a un modelo de gestión por procesos. La estructura vigente es un modelo mixto, lo que probablemente plantea dificultades de comunicación y coordinación entre áreas y dependencias, además de generar inconsistencias entre el organigrama y el mapa de procesos. A manera de ejemplo, el personal de admisiones que cumple una labor de atención al cliente asistencial depende de una coordinación administrativa. A esto se suma la combinación entre dependencias, cargos operativos y grupos genéricos de cargos (Ejemplo: "Especialidades Médicas"), dependiendo de una misma dirección, lo que le agrega complejidad al modelo.
- Subvaloración de dependencias responsables del control: Resulta riesgoso que el control interno se defina como una coordinación dependiente de la dirección administrativa y financiera (hoy de la gerencia), a las cuales debe auditar, en lugar de ser una instancia de staff de alto nivel que le reporte a la Junta Directiva.

Analizando el enfoque general y funcionalidad de las líneas de autoridad y conductos regulares de esta estructura, resulta evidente que bien por problemas de despliegue o por una cultura que aún no ha sido intervenida, se pueden presentar situaciones ambivalentes porque los conductos no son claros, o porque aun siéndolo, no se respeten. Esto ocasiona niveles importantes de desgaste para directivos de alto nivel y determina riesgos de comunicación y coordinación.

Por lo anterior, como parte de la reformulación estratégica, la estructura organizacional fue intervenida por la Junta Directiva, con miras a fortalecer las capacidades organizacionales y lograr una mejor alineación de los procesos, de cara a los actuales y futuros desafíos de la institución.

- 1.4.1.9 PANDEMIA POR COVID-19. En marzo de 2020, con la confirmación del primer caso positivo de COVID-19 en el país, el Gobierno Nacional ha impartido una serie de normas y lineamientos de obligatorio cumplimiento que han afectado ostensiblemente la dinámica financiera y operativa de la institución.

Se presenta, a continuación, el portafolio de iniciativas estratégicas generado a partir del Análisis FLOR y de las premisas identificadas en la vigencia 2020:

Portafolio de Iniciativas Estratégicas elaborado a partir del Análisis FLOR

NOMBRE DE LA INICIATIVA	DESCRIPCIÓN PRELIMINAR DE LA INICIATIVA
Fortalecimiento del modelo administrativo y financiero	Desarrollar e implementar estrategias financieras que mejoren la caja y disminuyan los sobrecostos financieros.
Centros de excelencia (o programas de práctica clínica)	Aprovechamiento de las fortalezas institucionales para crear 2-3 programas de práctica clínica centrados en la prestación de servicios de excelencia en frentes como: atención a las patologías neurológicas crónicas y degenerativas, endoscopia ginecológica, cirugía bariátrica, reemplazos articulares u otros.
Fortalecimiento del Programa Hospital Seguro	Fortalecimiento del Programa Institucional de Seguridad del Paciente para implementar en la clínica todas las prácticas seguras aplicables de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y paquetes instruccionales expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Fortalecimiento del nivel de ventas	Diseño e implementación de un conjunto de estrategias encaminadas a mejorar la facturación y a configurar un portafolio de clientes que puedan ser considerados como buenos pagadores, con el fin de negociar con ellos condiciones de mutuo beneficio.
Optimización de la ocupación en UCIs y quirófanos	Diseño e implementación de un conjunto de estrategias de negociación, entre otras, encaminadas a aprovechar la capacidad instalada de estas unidades con el consiguiente incremento de la productividad y de la facturación.
Programa de humanización	implementación de la política de humanización y de los programas y procedimientos necesarios para su implementación, de manera que se garantice el respeto pleno de los derechos del usuario, la atención en condiciones de privacidad y dignidad, el mejoramiento de la hotelería y el cumplimiento de la normativa del sistema, a fin de lograr altos niveles de satisfacción de los usuarios y reducir los riesgos de quejas y demandas.
Fortalecimiento del Portafolio de Servicios	Incurción en la prestación de servicios de alta complejidad y nuevas especialidades que permitan complementar el portafolio de la clínica para fortalecer la integralidad de la atención (neurología, nefrología, cardiología, neumología, otología, medicina domiciliaria, etc.) además de ganar visibilidad ante los usuarios y las entidades responsables de pago.
Mejoramiento de las TIC	Identificación de oportunidades para el aprovechamiento de las TIC, de manera que su utilización permita favorecer la eficiencia y/o la calidad de los procesos asistenciales y administrativos.
Desarrollo del sistema de información institucional	Evaluación y fortalecimiento de los procesos relacionados con la gestión de datos e información combinado con la adquisición y/o desarrollo de programas e interfaces que contribuyan a garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones en los niveles operativo, táctico y estratégico. Incluye la adopción de herramientas de Inteligencia de Negocios (BI) con altas tasas de retorno.
Mejoramiento de los procesos institucionales	Revisión y ajuste de los procesos y procedimientos institucionales con el fin de orientarlos a las necesidades de los clientes, fortalecer las capacidades organizacionales, reducir la variabilidad e incrementar su eficiencia, eficacia y efectividad.
Programa de fortalecimiento del clima laboral	Formulación y adopción de un conjunto de intervenciones estructurales y de procesos encaminadas a elevar la motivación y satisfacción del cliente interno, que impacten objetivamente los resultados de las mediciones del clima laboral. Incluye la adopción de diversos tipos de incentivos, alineados con el logro de resultados positivos para la clínica, y que contribuyan al logro del propósito de esta iniciativa.
Nuevos modelos de contratación	Adopción de esquemas innovadores para la venta de servicios a las entidades responsables de pago y para la vinculación del personal, que redunden en beneficios de tipo “gana – gana” con impacto financiero.

NOMBRE DE LA INICIATIVA	DESCRIPCIÓN PRELIMINAR DE LA INICIATIVA
Programa de desarrollo de capacidades de liderazgo	Diseño y adopción de un conjunto de intervenciones encaminadas a fortalecer las habilidades y destrezas de los líderes en materia de comunicación, motivación, gestión de equipos de trabajo, toma de decisiones, reuniones efectivas, entre otros atributos, de manera que se contribuya al logro de resultados y al mejoramiento del clima laboral.
Fortalecimiento del modelo de mejoramiento continuo de la calidad	Fortalecimiento del modelo institucional de mejoramiento continuo de la calidad, basado en evidencia, que permita impactar positivamente los resultados de los procesos organizacionales mediante la participación del personal operativo (círculos de calidad, modelo lcontec) y el uso de herramientas técnicas de análisis y solución de problemas.
Alianzas estratégicas y redes institucionales	Identificación y aprovechamiento de oportunidades de negocio mediante la asociación con aliados estratégicos de manera que se compartan riesgos y se optimicen beneficios para las partes.
Fortalecimiento de los procesos de gestión del mantenimiento	Revisión, ajuste y mejoramiento continuo de los procesos de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipos, que garantice el cumplimiento de la normativa vigente, la mejora de la eficiencia y la conservación en óptimas condiciones de estos activos de la clínica. Incluye la identificación y adquisición de repuestos comunes que favorezca la oportunidad de los procesos de mantenimiento.
Control de terceros	Análisis y fortalecimiento de los modelos de contratación, supervisión y seguimiento al desempeño de los terceros contratados, de manera que se contribuya al logro de los objetivos de los procesos a su cargo con autocontrol, compromiso y alineación con la cultura de la organización.
Innovación en tecnología biomédica	Identificación, planeación y ejecución de proyectos de adquisición e incorporación de nuevas tecnologías en salud que contribuyan a la modernización de la institución y favorezcan la eficacia y seguridad de los procesos asistenciales.

Este portafolio de iniciativas estratégicas constituye uno de los insumos esenciales para el re direccionamiento estratégico. Los otros insumos básicos, parcialmente abordados durante el diagnóstico estratégico, se describen a continuación en capítulos específicos.

1.4. VOZ DEL CLIENTE INTERNO

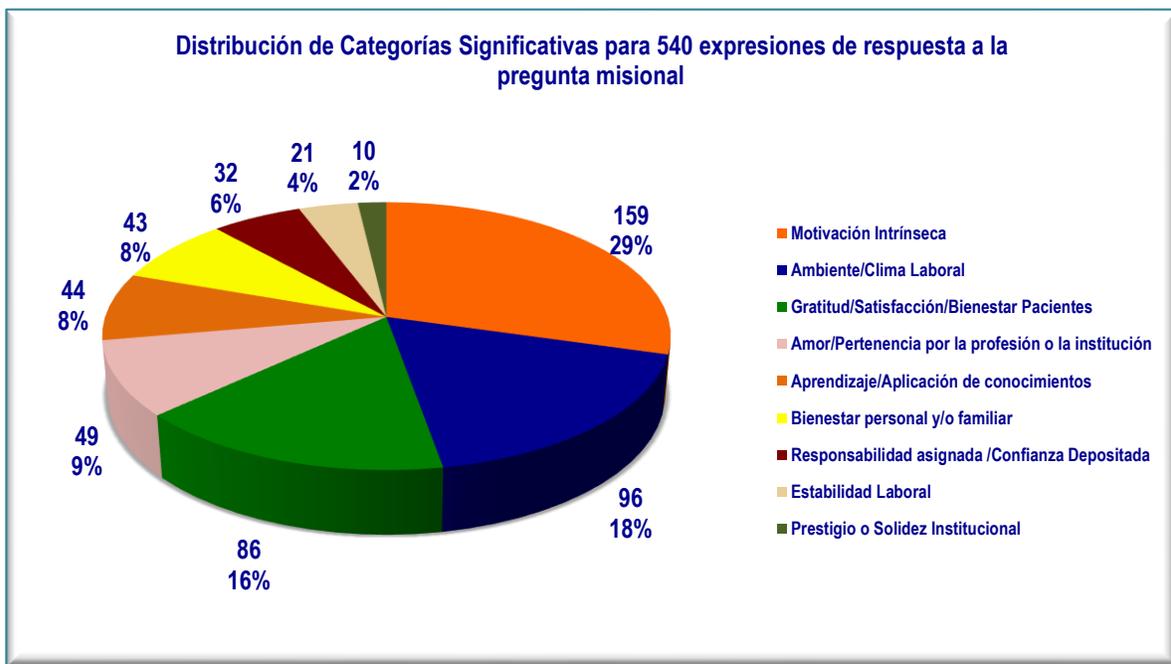
Para escuchar la voz del cliente interno como insumo para la formulación estratégica, la Clínica difundió, mediante formatos físicos y medios virtuales, un cuestionario simplificado con 3 preguntas que orientarían al equipo líder de planeación durante el desarrollo de la misión, visión y objetivos estratégicos de la organización. Este cuestionario se aplicó de manera aleatoria a 303 colaboradores. La muestra incluyó personal de los niveles operativo, táctico y directivo, tanto de áreas asistenciales como administrativas, y representantes de entidades aliadas que brindan servicios de apoyo mediante tercerización. En total se obtuvieron respuestas de 173 colaboradores asistenciales, 112 de áreas administrativas y de apoyo logístico, incluyendo personal tercerizado, y 18 de otras categorías (personal en formación u otros).

La primera pregunta de la encuesta permite obtener una **estratificación por cargos** de la población respondiente; la segunda pregunta está orientada a sondear los deseos del personal con miras a la

construcción de una **visión compartida**; la tercera indaga por los principales factores de motivación de los colaboradores como fundamento para la formulación de una **misión inspiradora**; mientras que la cuarta pregunta pretende detectar la percepción del personal con respecto a los **valores estratégicos** que la clínica debería fortalecer para hacer realidad su visión.

Las respuestas fueron procesadas y tabuladas en hoja electrónica (MS-Excel®) y gestionadas para presentación gráfica, a manera de nubes de palabras (Word Cloud), mediante la aplicación Tagul®, lo que permitió obtener los siguientes resultados:

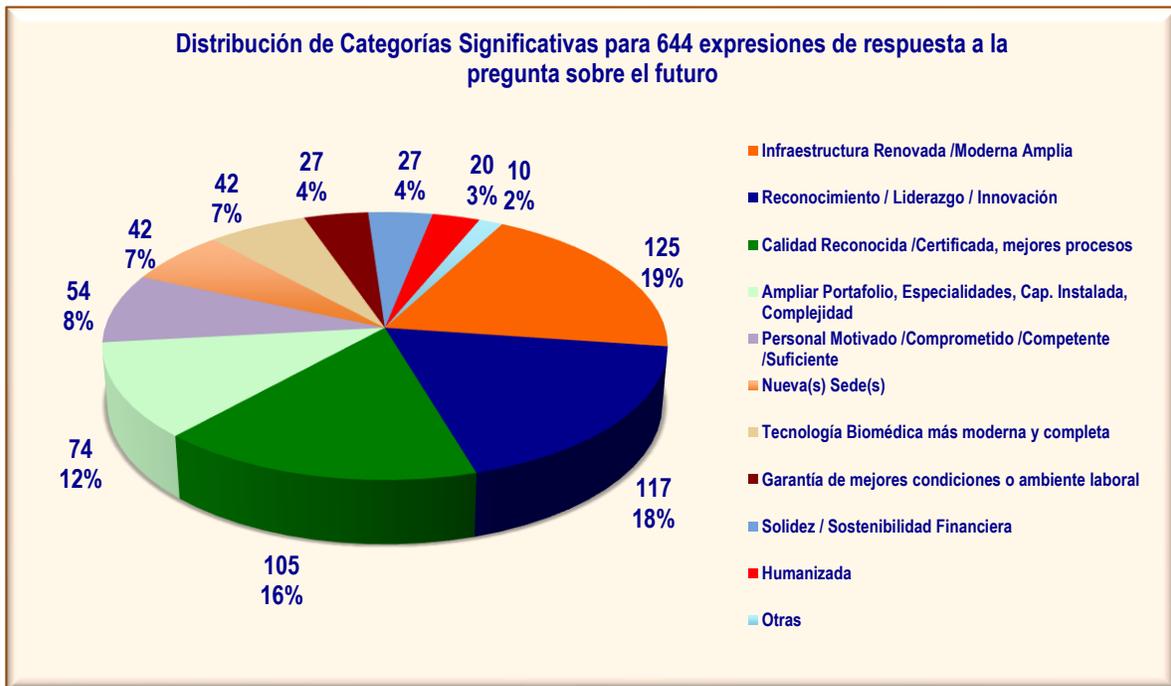
A la pregunta **misional**: ¿Qué es lo que le da el mayor sentido a tu trabajo diario en la clínica?, el personal entrevistado generó 540 expresiones que se distribuyeron como se muestra a continuación, en 9 categorías principales.



El detalle de estas respuestas, procesado como nube de palabras produce el siguiente resultado, teniendo en cuenta que las palabras con mayor tamaño y visibilidad fueron las que más se repitieron en las expresiones del personal.



A la pregunta sobre el futuro, que fue expresada en los siguientes términos: ¿Cómo te sueñas la Clínica Soma en el 2020?, el personal entrevistado generó 644 expresiones significativas, que se distribuyeron como lo muestra a continuación, en 10 categorías principales.



En la siguiente nube de palabras se puede percibir el peso relativo de las principales expresiones registradas por los entrevistados.



La Dirección de Calidad de la clínica, cuenta con la presentación completa en la que se registran las diferencias en las nubes de palabras entre los 2 principales grupos de colaboradores entrevistados: Asistenciales vs. Administrativos y de apoyo, aunque las diferencias son sutiles, razón por la cual no se presentan en detalle en este documento.

1.5. VOZ DEL CLIENTE EXTERNO

Hace referencia a la gestión de la satisfacción del usuario que hace parte del diagnóstico estratégico, en el que se presentaron en detalle los resultados de esta dimensión que fue calificada como una fortaleza institucional.

1.6. REFERENCIACIÓN CON LA COMPETENCIA

Este capítulo hace referencia a la caracterización y análisis de los competidores directos como parte de la gestión comercial de la clínica, y señala brechas que la clínica debe considerar de cara a los desafíos que enfrentará durante los próximos años.

No obstante, y como parte del análisis estratégico, se concluye que la referenciación comparativa no debe ser únicamente un insumo para el análisis estratégico sino una herramienta permanente para el mejoramiento continuo de la calidad y el aprendizaje organizacional.

2. REFORMULACIÓN ESTRATÉGICA

2.1. NUEVA PLATAFORMA ESTRATÉGICA

A partir de los insumos aportados durante el diagnóstico estratégico, la actualización a diciembre 31 de 2019, y el análisis estratégico de las premisas a marzo de 2020, se llega a la siguiente plataforma estratégica:

2.1.1. MISIÓN

“En Soma, la experiencia y el amor por lo que hacemos lo entregamos en soluciones para tu bienestar”.

Con esta misión, la clínica se dirige tanto a su personal como a sus usuarios (pacientes, familiares y acompañantes) como destinatarios del planteamiento central y destaca el nombre Soma como una marca reconocida.

Resalta la **experiencia** de la institución (70 años) y su compromiso de hacer las cosas con amor, lo cual se refiere a la labor del personal asistencial y administrativo para cuidar y atender con calidad y calidez.

“Soluciones para tu bienestar” se refiere, con respecto al paciente, familia y acompañantes, al compromiso institucional para identificar y atender sus necesidades, cuidar y proteger la salud (eficacia de la atención y seguridad del paciente), en un marco de humanización.

“Soluciones para tu bienestar”, con respecto a los clientes internos (socios, empleados y contratistas) se refiere al compromiso institucional para identificar y responder a sus necesidades en un ambiente laboral seguro, agradable y humanizado.

Se logra, con este planteamiento, el propósito de una misión corta, de fácil recordación, inspiradora, centrada más que en “quiénes somos” o “qué hacemos”, en el propósito: el para qué existimos como organización.

2.1.2. VISIÓN

“La Clínica Soma en 2025 será reconocida como una institución moderna, con servicios de mediana y alta complejidad, enfocada en la atención integral, humanizada, accesible a todos nuestros clientes y usuarios, apoyada en su excelente capital humano”.

Para el equipo líder de planeación, esta visión se explica en los siguientes términos:

- **En 2025:** Se establece un horizonte temporal para el logro de la visión, con el fin de disponer del tiempo suficiente para la evaluación de sus resultados y la formulación del próximo plan estratégico.
- **Reconocida:** Este reconocimiento debe provenir, en primer lugar de los usuarios, sus familiares y acompañantes, y en segundo lugar de las empresas con las cuales tenga contratos o convenios.
- **Institución Moderna:** La clínica contará con una infraestructura renovada y utilizará la tecnología y la innovación como estrategias para mejorar la calidad, eficiencia, eficacia y seguridad de los procesos.
- **Servicios de mediana y alta complejidad, enfocada a la atención integral:** Se fortalecerá el portafolio de servicios con nuevas especialidades y énfasis en la alta complejidad para brindar una atención que responda a todas las necesidades de nuestros usuarios.
- **Humanizada:** Habrá una política y un programa de humanización enfocado a los usuarios, familiares y acompañantes y a nuestros clientes internos (socios, empleados y contratistas), que redoblará esfuerzos para ayudar a fortalecer el trato respetuoso, el acompañamiento humanizado, las condiciones de privacidad para la atención, la dignidad de la infraestructura y la agilidad de los procesos, entre otros aspectos.
- **Accesible a todos nuestros clientes y usuarios:** Se adoptarán estrategias tendientes a facilitar el acceso a los servicios y la oportunidad de los mismos, acompañadas de iniciativas para que el paciente particular pueda contar con los servicios de la clínica a tarifas razonables.
- **Apoyada en su excelente capital humano:** Se reconoce el gran valor que representa nuestro personal. Se trabajará en un modelo de gestión por competencias que fortalezca aún más este capital.

2.1.3. VALORES

- Compromiso con la Excelencia
- Respeto
- Liderazgo
- Innovación
- Responsabilidad Social

Estos valores se definen en los siguientes términos:

Compromiso con la Excelencia: Es la voluntad inquebrantable de la clínica como organización, y de todos y cada uno de sus empleados y colaboradores, de hacer las cosas bien desde la primera vez y de aprender para mejorar continuamente.

Respeto: Somos seres humanos al servicio de seres humanos, y por eso todas nuestras interacciones y comunicaciones deben caracterizarse por un trato digno, acorde a nuestra condición de seres humanos, poseedores de sentimientos y valores que no se deben lastimar.

Liderazgo: En Soma queremos destacarnos por las cosas positivas: un excelente servicio, el amor por lo que hacemos, el respeto por nuestros pacientes y sus familias. Queremos ser los mejores en recuperar la salud para el cuerpo y la paz para el alma de quienes nos visitan.

Innovación: Creemos que todo lo bueno puede mejorar y por ello abrimos nuestras mentes y nuestros corazones para proponer y aceptar el cambio, para reconocer que no existe una sola forma de hacer las cosas bien y que la tecnología puede ser un gran aliado de la excelencia.

Responsabilidad Social: Entendemos que más allá de nuestra misión tenemos un compromiso con la sociedad a la que pertenecemos y por ello somos respetuosos de las normas, cuidamos del medio ambiente y contribuimos al desarrollo y a la sostenibilidad del país.

2.1.4. MAPA DE PROCESOS

La institución se esfuerza diariamente por satisfacer las necesidades del usuario y su familia, por eso, el mapa de procesos que guía el quehacer diario de cada una de las áreas y servicios tanto asistenciales como administrativos, debe estar articulado al Modelo de Mejoramiento Continuo y al Sistema de Gestión de la Calidad.

El mapa de procesos parte de la identificación de las necesidades y expectativas de los usuarios y se compone de cuatro Macroprocesos, así:

Macroproceso de Direccionamiento y Gerencia: En el cual se encuentran los procesos de planeación estratégica, Gestión del Cambio y Gestión Contractual, porque es desde este alto nivel que se imparten los lineamientos para la operación de la organización.

Macroproceso de Atención al Usuario y su Familia (misional): En el cual se encuentran todos los procesos asistenciales que están de cara al usuario. Estos procesos son: Atención Ambulatoria, Atención en Internación, Atención en Urgencias, Atención Quirúrgica, Gestión Farmacéutica, Humanización de la atención, Vigilancia Epidemiológica y Atención al Usuario.

Macroproceso de apoyo: En el cual se encuentran los procesos transversales a la institución y que indispensables para la operación de los procesos misionales.

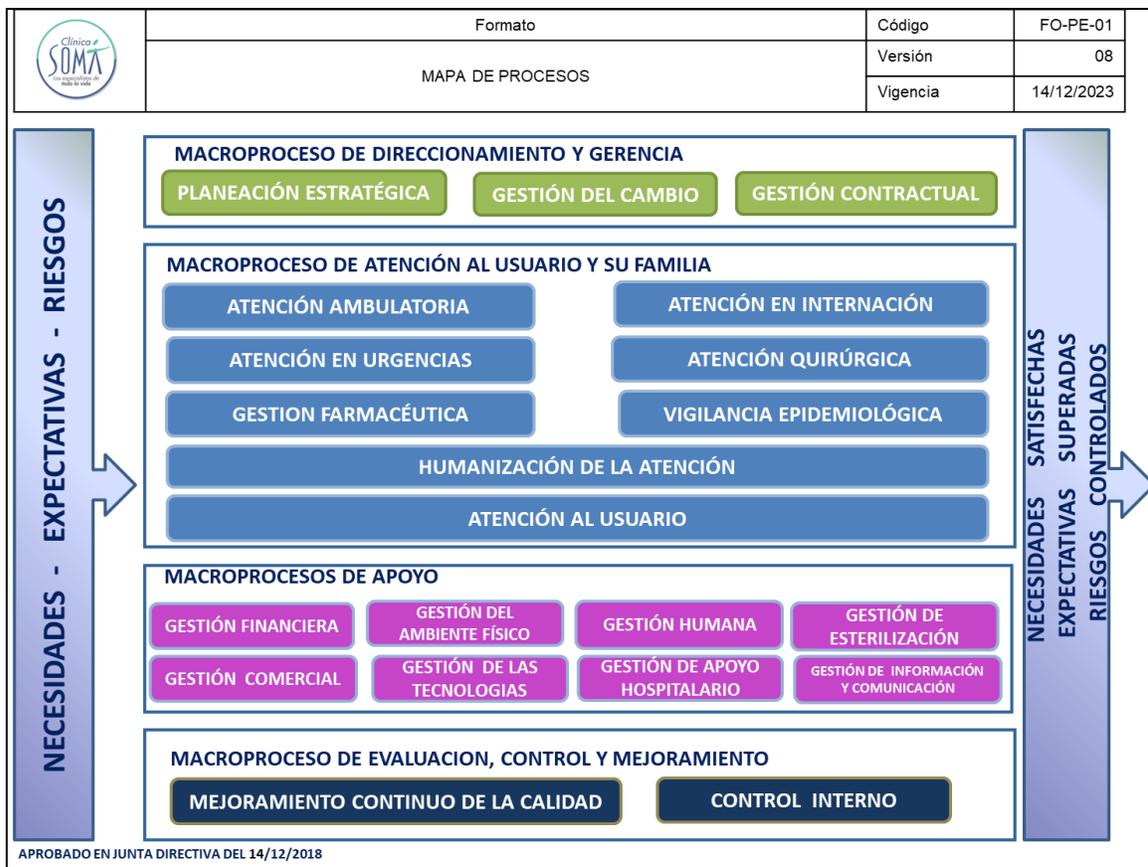
En este macroproceso se encuentran los procesos de Gestión Financiera, Gestión Comercial, Gestión del ambiente físico, Gestión de la información y las comunicaciones, Gestión de las tecnologías (incluyendo tanto equipos médicos como de cómputo), Gestión Humana y Gestión de Apoyo Hospitalario.

Macroproceso de evaluación y mejoramiento: En el cual se encuentran el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad y el proceso de Control Interno, responsables de impulsar y evaluar la implementación del Modelo de Mejoramiento Continuo y el Sistema de Gestión de la Calidad.

La institución ejecuta sus procesos articulando el enfoque de Control Interno con el Sistema de Gestión de la Calidad, por eso, cada uno de los cuatro Macroprocesos que conforman el mapa de procesos y que cumplen con el Sistema de Gestión de la Calidad, se encuentran asociados de la siguiente manera:

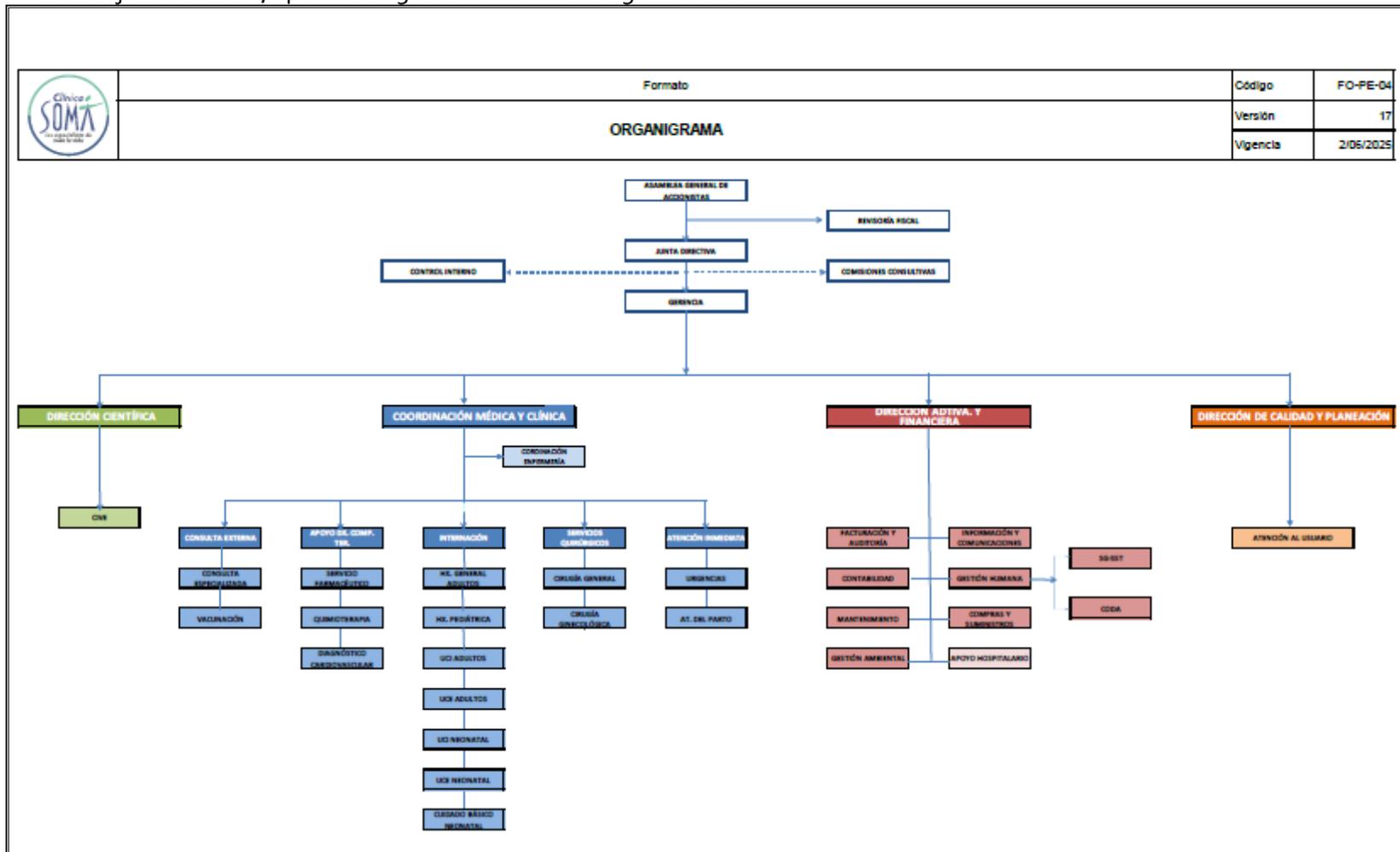
Planeación y gestión: se encuentra asociado a los macroprocesos de direccionamiento estratégico, atención al usuario y su familia y de apoyo, lo que permite asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la institución, tendrán los controles necesarios para su realización, mientras que la evaluación y seguimiento se encuentra asociado al macroproceso de evaluación y mejoramiento, con lo que se busca que la clínica desarrolle los mecanismos de medición, evaluación y verificación necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la empresa, y finalmente, de manera transversal la información y comunicación que propende por mejorar la transparencia y el cumplimiento de las obligaciones frente a las necesidades de los usuarios.

Al ser ejecutados todos los procesos institucionales, la Clínica SOMA espera obtener como resultado, la satisfacción de los usuarios, es decir, responder a las necesidades identificadas antes de ejecutar los procesos.



2.1.5. ORGANIGRAMA

Una vez actualizada a los ajustes realizados a la planta de caros y corregidas las falencias identificadas en el organigrama, la Junta Directiva, en sesión del 02 de junio de 2020, aprobó la siguiente estructura organizacional:



2.2. MAPA ESTRATÉGICO

Alineados con el diagnóstico y con el análisis estratégico, y en consonancia con la nueva visión institucional, se revisan y conservan los 10 objetivos estratégicos adoptados inicialmente, que acorde a las teorías sobre *Balanced ScoreCard* están más relacionados con los resultados que se quieren alcanzar, que con las iniciativas que se van a emprender para lograrlos, sobre las cuales se realizan los ajustes y la actualización necesaria, de acuerdo con las premisas identificadas en marzo de 2020. Los objetivos adoptados son los siguientes:

1. Contar con instalaciones seguras, modernas y dignas (A1).
2. Garantizar la suficiencia, competencia y motivación del personal (A2).
3. Incrementar la complejidad e integralidad de los servicios (A3).
4. Disponer de información confiable en todos los procesos (A4).
5. Lograr un desarrollo seguro, eficiente y confiable de las tecnologías (A5).
6. Mejorar la calidad de todos los procesos y la eficiencia organizacional (B1).
7. Lograr una cultura de compromiso con la organización (B2).
8. Elevar la satisfacción de los usuarios (C1).
9. Mejorar la seguridad del paciente y la eficacia de los procesos (C2).
10. Garantizar el crecimiento y la rentabilidad financiera (D1).

Las expresiones entre paréntesis hacen referencia a la perspectiva del mapa estratégico al cual pertenece cada objetivo y al número consecutivo de cada uno de ellos dentro de la perspectiva correspondiente.

Las perspectivas adoptadas son:

- A. **Aprendizaje y Crecimiento:** Es la perspectiva estructural. Incluye los objetivos relacionados con la gestión del talento humano, el mejoramiento de la planta física, los equipos, la tecnología, el portafolio de servicios, los sistemas de información y la estructura organizacional, entre otros.
- B. **Procesos Internos:** Incluye los objetivos que aluden a las mejoras en la calidad y la eficiencia de los procesos gerenciales, misionales, administrativos o de apoyo, y de control a la gestión.
- C. **Resultados Clientes:** Comprende los objetivos encaminados a mejorar los resultados directos para los clientes externos y la satisfacción de sus necesidades y expectativas así como los relacionados con el crecimiento de la participación en el mercado.
- D. **Resultados Financieros:** Integra los objetivos que hacen referencia a los logros económicos a los cuales aspira la organización.

Los objetivos estratégicos, inscritos en sus correspondientes perspectivas y vinculados entre sí mediante relaciones de causa – efecto representadas como flechas, conforman el llamado mapa estratégico.

A continuación se presenta el Mapa Estratégico adoptado por la Clínica Soma como síntesis de su plan estratégico.



2.3. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

En cumplimiento de la metodología adoptada por la institución, se define el alcance detallado para cada uno de los objetivos estratégicos, se adoptan los indicadores y metas necesarios para medir el grado de éxito de cada uno de estos objetivos y se proponen las iniciativas que permitirían avanzar de manera segura hacia el logro de estos resultados.

Cada una de las iniciativas está descrita en detalle y desarrollada mediante un conjunto de actividades con sus correspondientes responsables, productos esperados y plazos. A continuación se presenta el producto detallado de este ejercicio para los 5 años del horizonte estratégico, con base en el cual se desarrollará, en documento aparte, el plan de acción 2020 -2021.

2.3.1. CONTAR CON INSTALACIONES SEGURAS, MODERNAS Y DIGNAS

OBJETIVO ESTRATÉGICO A1	Contar con instalaciones seguras, modernas y dignas					
ALCANCE	Este objetivo compromete a la institución, en primer lugar, con el cumplimiento de normas que contribuyen a garantizar instalaciones seguras. Adicionalmente, comprende la modernización gradual de las instalaciones físicas entre 2021 y 2025, y su posterior mantenimiento en condiciones dignas para los usuarios y colaboradores. Para los efectos de este objetivo, el concepto de “instalaciones” se refiere tanto a la planta física y a los elementos conexos con ella, como a los muebles y enseres.					
INDICADORES ESTRATÉGICOS	<p>A.1.A. Proporción de requisitos obligatorios cumplidos en infraestructura (Fuente: Lista de chequeo de requisitos obligatorios de infraestructura física).</p> <p>A.1.B. Proporción de adecuaciones realizadas del proyecto de modernización (Fuente: Lista de chequeo de adecuaciones programadas en el proyecto de modernización de la infraestructura física).</p> <p>A.1.C. Promedio de satisfacción de los usuarios con respecto a las condiciones de humanización de la infraestructura (Fuente: Encuestas de satisfacción, pregunta relacionada con privacidad y dignidad para la atención de los pacientes y sus acompañantes).</p> <p>A.1.D. Proporción de clientes internos que consideran que las necesidades relacionadas con la calidad de vida en el trabajo son oportunamente atendidas por la institución (Fuente: Estudio anual de percepción y satisfacción del cliente interno).</p>					
METAS	2020	2021	2022	2023	2024	2025
A.1.A.	> 5%	> 30%	> 50%	>70%	>80%	100%
A.1.B.	No Aplica	No Aplica	> 25%	> 50%	> 75%	100%
A.1.C.	>5%%	> 30%	> 50%	> 70%	>80%	100%
A.1.D.	>5%%	> 30%	> 50%	> 70%	>80%	100%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
A.1.1. Programa de cumplimiento de la normativa obligatoria sobre infraestructura física hospitalaria	<p>Consiste en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de un cronograma detallado de intervenciones que permita cumplir con las siguientes normas obligatorias relacionadas con la seguridad en la infraestructura e instalaciones físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estándar de Infraestructura: Resolución 3100 de 2019 y 4445 de 1996. (Incluye la Central de Esterilización). Aspectos Estructurales del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud 	Formular un plan de trabajo que integre las 4 grandes normas	Cronograma y lista de chequeo de requisitos por cumplir.	Coordinación de Mantenimiento	30 Dic. 2020	No aplica
		Ejecutar y monitorizar el plan de trabajo del programa A.1.1.	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del programa A.1.1.	Coordinación de Mantenimiento	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa A.1.1.	Informe final de actividades y logros del programa A.1.1.	Coordinación de Mantenimiento	30 Dic. 2025	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	<p>en el Trabajo (Decreto 1443 de 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad Personal de los Usuarios (Resolución 741 de 1997) • Adecuaciones físicas requeridas para el cumplimiento del Programa de Gestión Documental (PGD) <p>NOTA: No incluye la repotenciación de la sede actual según normas de sismorresistencia.</p>					
A.1.2. Proyecto de modernización de la infraestructura e instalaciones físicas de la clínica	<p>Formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de un plan de trabajo encaminado a modernizar las instalaciones físicas de la clínica, de forma gradual durante el período 2020 – 2025. Este proyecto incluirá las adecuaciones necesarias para garantizar condiciones de privacidad y dignidad para los usuarios internos y externos. Comprende, entre otras: Mejoramiento de la accesibilidad física para usuarios con discapacidad, modernización de ascensores, intervención de fachadas, cambio de iluminación a tipo LED, cambio de pisos de vinilo, resane y pintura en áreas comunes, mejora de la señalización, mejora</p>	<p>Formular un plan de trabajo sobre las adecuaciones e intervenciones a realizar</p>	<p>Cronograma detallado y Lista de chequeo de adecuaciones a realizar.</p>	<p>Coordinación de Mantenimiento</p>	<p>30 Dic. 2020</p>	<p>No aplica</p>
		<p>Ejecutar y efectuar seguimiento al plan de trabajo del proyecto A.1.2.</p>	<p>Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del proyecto A.1.2.</p>	<p>Coordinación de Mantenimiento</p>	<p>Trimestral a partir del 31 Mar. 2021</p>	<p>\$ 5.000.000.000</p>
		<p>Evaluar y sustentar los resultados finales del proyecto A.1.2.</p>	<p>Informe final de actividades y logros del proyecto A.1.2.</p>	<p>Coordinación de Mantenimiento</p>	<p>31 Dic. 2025</p>	<p>No aplica</p>

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	en los sistemas de aire acondicionado y modernización de la hotelería en productos como: WiFi, televisión, telefonía, y amoblamiento.					
A.1.3. Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de las Instalaciones	Este programa combina un conjunto de acciones encaminadas a garantizar la conservación de la infraestructura e instalaciones físicas de la clínica en óptimas condiciones de seguridad y comodidad para los usuarios internos y externos; a mantener y renovar el amoblamiento institucional, y a cumplir a cabalidad con el programa de gestión ambiental (PGA), el cual será actualizado con enfoque ecológico, para lograr sinergias entre sus diferentes componentes.	Formular un plan quinquenal de mantenimiento preventivo de las instalaciones.	Plan quinquenal de mantenimiento preventivo de las instalaciones, aprobado.	Coordinación de Mantenimiento	30 Dic. 2020	No aplica
		Ejecutar y efectuar seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de las instalaciones.	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del plan quinquenal.	Coordinación de Mantenimiento	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	\$ 200.000.000
		Formular un plan quinquenal de renovación del amoblamiento.	Plan quinquenal de renovación del amoblamiento, aprobado.	Coordinación de Mantenimiento Coordinación de Servicios Generales	30 Dic. 2020	No aplica
		Ejecutar y efectuar seguimiento al plan quinquenal de amoblamiento.	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del plan.	Coordinación de Mantenimiento Coordinación de Servicios Generales	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	\$ 100.000.000
		Revisar y actualizar el PGA	PGA actualizado y aprobado.	Coordinación de Mantenimiento Coordinación de Gestión Humana	30 Dic. 2020	No aplica
		Ejecutar y efectuar seguimiento al PGA.	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del PGA.	Coordinación de Mantenimiento Coordinación de Gestión Humana	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	\$ 200.000.000
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa A.1.3.	Informe final de actividades y logros del programa A.1.3.	Coordinación de Mantenimiento Coordinación de Gestión Humana	31 Dic. 2025	No aplica
A.1.4. Programa de fortalecimiento de los planes de	Revisión, actualización, fortalecimiento y despliegue de los planes de contingencia con el fin de mejorar las capacidades	Revisar, actualizar y fortalecer los planes de contingencia	Planes de contingencia actualizados y aprobados	Coordinación de Mantenimiento	31 Dic. 2020	No aplica
		Desplegar e	Informe	Coordinación de	30 Jun.	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
contingencias	institucionales en materia de preparación para las contingencias en el suministro de servicios públicos, sistemas de soporte y fallas de infraestructura e instalaciones.	implementar los planes de contingencia aprobados	ejecutivo y evidencias de despliegue e implementación de los planes de contingencia	Mantenimiento	2021	
		Evaluar mediante simulaciones y simulacros la preparación institucional frente a las contingencias	Informe ejecutivo trimestral sobre simulaciones y simulacros efectuados	Coordinación de Mantenimiento	Trimestral a partir de 30 Sep. 2021	No aplica

2.3.2. GARANTIZAR LA SUFICIENCIA, LA COMPETENCIA Y LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO A2	Garantizar la suficiencia, la competencia y la motivación del personal				
ALCANCE	Este objetivo supone la realización de un conjunto de acciones, complementarias entre sí, que le permitirán a la clínica contar con el personal suficiente, competente y motivado, de manera que se facilite el logro de la visión y de su objeto social con eficiencia y seguridad. Para los efectos de este objetivo se entenderá que la “suficiencia” se refiere a las cantidades de personal requeridas por cada uno de los procesos de la organización. El término “competencia” alude al cumplimiento de las habilidades y destrezas requeridas por cada persona en acatamiento a la normativa vigente y a los requisitos establecidos por la propia institución conforme al modelo de gestión por competencias. La “motivación” del personal se refiere a su percepción positiva con respecto a elementos clave de calidad de vida en el trabajo y clima laboral.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	A.2.A. Proporción de estándares de suficiencia de personal cumplidos (Fuente: Instrumento de monitoreo de la suficiencia del personal). A.2.B. Proporción de colaboradores que cumplen con las competencias requeridas (Fuente: Herramienta de control del modelo de gestión por competencias). A.2.C. Promedio de satisfacción del cliente interno (Fuente: Estudio anual de percepción y satisfacción del cliente interno)				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
A.2.A.	>60%	>70%	>80%	>95%	100%
A.2.B.	>60%	>70%	>80%	>90%	100%
A.2.C.	>3.5	>3.8	>4.1	>4.4	>4.7

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
A.2.1. Modelo de Planeación del Talento Humano	Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un conjunto de herramientas destinadas a determinar las cantidades de personal necesarias para cada uno de los procesos de la organización, en función de las cargas de trabajo, y a garantizar una respuesta oportuna en caso de contingencias. Incluye la adopción de decisiones claras sobre el	Definir los estándares de personal por cada proceso, acorde a las directrices del estándar de talento humano en habilitación.	Tabla de detalle de personal por áreas.	Líder de Gestión Humana y Coordinadores de proceso	30 Nov. 2020	No aplica
		Actualizar, si aplica, el modelo de planeación del talento humano que incluya la planeación táctica y contingencial	Modelo de planeación del talento humano, actualizado y aprobado	Líder de Gestión Humana	31 Dic. 2020	No aplica
		Ajustar la planta de personal en función de los estándares definidos y adoptados por la Junta Directiva	Planta de personal ajustada según estándares definidos.	Líder de Gestión Humana	28 Feb. 2021	Se definirá a partir de las brechas identificadas
		Diseñar e implementar un instrumento de monitoreo de la suficiencia de	Reportes de resultados del monitoreo de la suficiencia de personal.	Líder de Gestión Humana	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	modelo de docencia y servicio y ajustar los estándares de personal en función de esta decisión.	personal.				
		Evaluar y sustentar los resultados finales de la ejecución del Modelo A.2.1.	Informe final de actividades y logros del Modelo A.2.1.	Líder de Gestión Humana	31 Dic. 2025	No aplica
A.2.2. Modelo de gestión por competencias	Diseño, desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo que permita determinar un conjunto de competencias transversales y específicas por cargos, alineadas con la normativa vigente y con la visión, valores y objetivos de la clínica. Se espera que las competencias establecidas, se constituyan en referentes para la selección y vinculación del personal, y para su inducción, entrenamiento, reinducción, educación continua, evaluación del desempeño, y gestión de incentivos y estímulos.	Definir las competencias transversales y específicas de cada cargo y ajustar los perfiles existentes.	Perfiles de cargo ajustados.	Coordinación de Gestión Humana y Coordinadores de proceso	28 Feb. 2021	No aplica
		Revisar y ajustar los procedimientos del proceso de gestión humana para alinearlos con el modelo de gestión por competencias	Proceso y procedimientos de gestión humana ajustados conforme al modelo de gestión por competencias.	Líder de Gestión Humana	28 Feb. 2021	No aplica
		Evaluar a todo el personal para identificar brechas con respecto a las competencias definidas.	Informe de Brechas identificadas. Plan de intervención de brechas identificadas.	Líder de Gestión Humana	30 Abr. 2021	No aplica
		Ejecutar y efectuar seguimiento al plan de intervención de las brechas identificadas.	Informe trimestral de ejecución del plan de fortalecimiento de las competencias laborales.	Líder de Gestión Humana	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del Modelo A.2.2.	Informe final de actividades y logros del Modelo A.2.2.	Líder de Gestión Humana	31 Dic. 2025	No aplica
A.2.3. Programa de fortalecimiento del clima laboral	Formulación, adopción, monitoreo y evaluación de un conjunto de intervenciones estructurales y de procesos	Actualizar, socializar e implementar el programa institucional de bienestar e incentivos que incluya los	Programa de bienestar e incentivos institucionales documentado y aprobado.	Líder de Gestión Humana y Gerencia General	31 Dic. 2020	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	encaminadas a elevar la motivación y satisfacción del cliente interno, que impacten objetivamente los resultados de las mediciones del clima laboral. Incluye la revisión y ajuste técnico de la escala salarial, la formulación e implementación de un programa de preparación para el retiro laboral y la adopción de diversos tipos de incentivos, alineados con el logro de resultados positivos para la clínica, que contribuyan al logro del propósito de esta iniciativa.	componentes previstos en la descripción de esta iniciativa.				
		Realizar medición del clima laboral cada 2 años, y medición anual del riesgo psicosocial, para identificar brechas	Informe de resultados y brechas identificadas en clima laboral (CL) y riesgo psicosocial (RPS)	Líder de Gestión Humana	RPS anual (Art. 12 Res. 2646 de 2008) CL Cada 2 años desde 31 Jul. 2021	No aplica
		Plantear acciones de mejora para el cierre de brechas existentes	Acciones de mejora documentadas	Líder de Gestión Humana y coordinadores de procesos	Cada 2 años desde 30 Sep. 2021	No aplica
		Implementar las acciones de mejoramiento	Informes trimestrales de seguimiento a las acciones de mejora	Líder de Gestión Humana	Trimestral a partir del 31 Dic. 2021	\$ 200.000.000
		Evaluar y sustentar los resultados finales del Programa A.2.3.	Informe final de actividades y logros del Programa A.2.3.	Líder de Gestión Humana	31 Dic. 2025	No aplica
A.2.4. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Este desarrollo, de carácter obligatorio, supone concluir la documentación pendiente y proceder con la implementación y evaluación del SG-SST y con el monitoreo de su impacto sobre la accidentalidad laboral, el ausentismo, el riesgo psicosocial y demás variables	Concluir la documentación del SG-SST conforme a la normativa vigente	SG-SST documentado y aprobado	Enfermera de Seguridad y Salud en el Trabajo	24 Mar. 2021	No aplica
		Desarrollar e implementar el SG-SST	Evidencias de la puesta en marcha del SG-SST	Enfermera de Seguridad y Salud en el Trabajo	31 Dic. 2020	No aplica
		Monitorizar los resultados del SG-SST	Informe ejecutivo trimestral sobre los logros del SG-SST	Enfermera de Seguridad y Salud en el Trabajo	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Auditar el desarrollo institucional del SG-SST	Informe de auditoría sobre el grado de desarrollo y logros del SG-SST	Coordinación de Control Interno	Anualmente a partir del 31 Dic. 2020	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	que se deben intervenir mediante este programa.					

2.3.3. INCREMENTAR LA COMPLEJIDAD E INTEGRALIDAD DE LOS SERVICIOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO A3	Incrementar la complejidad e integralidad de los servicios				
ALCANCE	Este objetivo está orientado a garantizar la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad conforme a los requerimientos de la población, con suficiencia e integralidad, de manera que se reduzca la demanda insatisfecha, la remisión de pacientes a otras IPS por limitaciones en la oferta de servicios y se pueda brindar continuidad a la atención de los usuarios.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	<p>A.3.A. Proporción de especialidades nuevas incorporadas (en función del total de especialidades propuestas). Fuente: Contratos, cuadros de turnos y otros registros de la Coordinación Médico Clínica.</p> <p>A.3.B. Proporción de cirugías de alta complejidad: 170 UVR ISS 2000, Grupo 20 SOAT y CUPS tarifados según costos (en función del total de cirugías realizadas): Fuente: Sistema de información institucional – Informe de cirugías realizadas.</p> <p>A.3.C. Proporción de remisiones atribuibles a deficiencias de integralidad (en función del total de remisiones). Fuente: Registros de la central de referencias de la clínica.</p>				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
A.3.A.	40%	60%	80%	100%	No aplica
A.3.B.	>25%	>30%	>35%	>40%	>45%
A.3.C.	<50%	<40%	<30%	<20%	<10%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
A.3.1. Plan de vinculación de nuevos especialistas	Consiste en la identificación, mediante análisis técnicos, de las especialidades que requiere la clínica para incrementar su complejidad e integralidad, y en la aplicación de diversas estrategias para la vinculación gradual de dichas especialidades (Visitas a los jefes de posgrado, convocatorias abiertas, pedir recomendaciones a los socios, entre otras).	Identificar las especialidades requeridas por la clínica para el fortalecimiento de su complejidad e integralidad.	Plan de vinculación de nuevas especialidades	Coordinación Médico Clínica	30 Sep. 2020	No aplica
		Ejecutar el plan de vinculación de nuevas especialidades	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del plan	Coordinación Médico Clínica	Trimestral a partir del 31 Dic. 2020	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del plan A.3.1.	Informe final de actividades y logros del plan A.3.1.	Coordinación Médico Clínica	31 Dic. 2025	No aplica
A.3.2. Plan de fortalecimiento de la cobertura de especialistas actuales	Estrategia institucional encaminada a lograr que los especialistas actuales ofrezcan a la clínica un	Diseñar un plan de incentivos para lograr el incremento en horas de los especialistas actuales	Plan de incentivos diseñado y aprobado	Coordinación Médico Clínica	31 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	mayor número de horas para lograr una mayor cobertura, principalmente en aquellas especialidades que se requieren para la habilitación.	Ejecutar el plan de incentivos	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del plan	Coordinación Médico Clínica	Trimestral a partir del 30 Jun. 2021	Se definirá en el plan de incentivos
		Evaluar y sustentar los resultados finales del Plan A.3.2.	Informe final de actividades y logros del plan A.3.2.	Coordinación Médico Clínica	31 Dic. 2025	No aplica
A.3.3. Plan de corto plazo para el cumplimiento de los criterios de interdependencia de servicios en habilitación	Formulación y ejecución de un conjunto de estrategias de corto plazo, encaminadas a garantizar el cumplimiento de aspectos pendientes con respecto a la resolución 3100 de 2019 en relación con los requisitos de interdependencia de servicios, incluida la supervisión sistemática a los contratos o convenios que avalan dicha interdependencia.	Formular un diagnóstico sobre el cumplimiento de la normativa de habilitación en materia de interdependencia de servicios	Informe ejecutivo sobre criterios obligatorios no cumplidos en interdependencia de servicios	Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2020	No aplica
		Diseñar y ejecutar un plan de choque para el cierre de las brechas identificadas	Plan de choque para el cumplimiento de la norma de habilitación sobre interdependencia de servicios	Coordinación Médico Clínica Dirección Administrativa y Financiera	31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar los avances y logros del plan de choque para el cierre de las brechas identificadas en materia de interdependencia de servicios	Informe de resultados plan de choque en interdependencia de servicios	Coordinación Médico Clínica Dirección Administrativa y Financiera	30 Jun. 2021	No aplica
		Realizar una auditoría interna sobre el cumplimiento de la normativa obligatoria en interdependencia de servicios	Informe de auditoría sustentado	Dirección de Calidad y Planeación Coordinación de Control Interno	31 Dic. 2021	No aplica
A.3.4. Plan de fortalecimiento de la integralidad y complejidad de los servicios	Formulación y ejecución de un conjunto de estrategias de corto y mediano plazo encaminadas a	Formular el plan de fortalecimiento de la integralidad y complejidad de los servicios	Plan de fortalecimiento de la integralidad y complejidad de los servicios formulado y aprobado.	Coordinación Médico Clínica Dirección Administrativa y Financiera	31 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	<p>fortalecer el portafolio de servicios de la institución para ganar en integralidad. Este plan incluirá, entre otras, el diseño y puesta en marcha de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Endoscopia. • Unidad de Urología <p>Además, considerará el incremento en la participación de la clínica en los servicios de laboratorio clínico y radiología.</p>	Ejecutar y monitorizar el plan A.3.4.	Informe ejecutivo trimestral de actividades y avances del plan.	Coordinación Médico Clínica Dirección Administrativa y Financiera	Trimestral a partir del 30 Jun. 2021	Según presupuesto establecido en el plan
		Evaluar y sustentar los resultados finales del plan A.3.4.	Informe final de actividades y logros del plan A.3.4.	Coordinación Médico Clínica Dirección Administrativa y Financiera	31 Dic. 2025	No aplica

2.3.4. DISPONER DE INFORMACIÓN CONFIABLE EN TODOS LOS PROCESOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO A4	Disponer de información confiable en todos los procesos					
ALCANCE	El logro del presente objetivo representa para la clínica la posibilidad de contar con un sistema de información que permita disponer de datos, indicadores y/o reportes oportunos y confiables que faciliten la toma de decisiones en todos los niveles de la organización. Supone, además, el aprovechamiento de las tecnologías de información y las comunicaciones para contribuir a mejorar la oportunidad y eficiencia de los procesos asistenciales y administrativos.					
INDICADORES ESTRATÉGICOS	<p>A.4.A. Proporción de hitos cumplidos en el proyecto de desarrollo del sistema de información institucional (Fuente: Actas de seguimiento al proyecto).</p> <p>A.4.B. Proporción de reportes entregados oportunamente a los clientes internos y externos (Fuente: Matriz de control de reportes internos y externos)</p> <p>A.4.C. Índice de inconsistencias en reportes internos y externos liberados.</p> <p>A.4.D. Proporción de clientes internos que consideran que en su puesto de trabajo o actividad cuentan con la información necesaria y oportuna para el desarrollo de sus labores (Fuente: Estudio anual de percepción y satisfacción del cliente interno).</p> <p>A.4.E. Proporción de clientes internos que consideran que la clínica garantiza las condiciones de seguridad para el manejo de la información clínica, laboral, administrativa y financiera (Fuente: Estudio anual de percepción y satisfacción del cliente interno).</p>					
METAS	2021	2022	2023	2024	2025	
A.4.A.	>50%	>60%	>70%	>80%	>90%	
A.4.B.	>60%	>70%	>80%	>90%	>95%	
A.4.C.	<5%	<4%	<3%	<2%	<1%	
A.4.D.	>60%	> 70%	> 80%	>90%	100%	
A.4.E.	>60%	> 70%	> 80%	>90%	100%	
INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
A.4.1. Proyecto de desarrollo del sistema de información institucional	<p>Evaluación y fortalecimiento de los procesos relacionados con la gestión de datos e información combinado con la adquisición y/o desarrollo de programas e interfaces que contribuyan a garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información para la toma de decisiones en los niveles operativo, táctico y estratégico. Incluye la adopción de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuevo software de historia clínica electrónica y ERP (Enterprise Resource Planning) • Software para gestión documental • Software para gestión de infraestructura y equipos (biomédicos, informáticos e industriales). • Software para gestión de calidad • Herramientas de Inteligencia de Negocios (BI) con altas tasas de retorno. 	<p>Ejecutar el Proyecto de desarrollo del sistema de información institucional hasta la salida a producción (Incluye montaje de hardware, instalación de aplicaciones, parametrización, migración de información, pruebas, desarrollo de interfaces con terceros, capacitación a usuarios finales, etc.)</p>	<p>Informe trimestral de ejecución del proyecto A.4.1.</p>	<p>Gerentes de Proyecto Líderes Administrativos y Financieros QA Proveedor</p>	<p>Trimestral a partir del 31 Dic. 2020</p>	<p>\$ 6.000.000.000</p>
		<p>Evaluar y sustentar los resultados finales del proyecto A.4.1.</p>	<p>Informe final de actividades y logros del proyecto A.4.1.</p>	<p>Líder de Informática</p>	<p>31 Dic. 2025</p>	<p>No aplica</p>
A.4.2. Programa de Gestión Documental	<p>Diagnóstico, diseño, documentación, implementación, monitoreo y evaluación del Programa de Gestión Documental (PGD) acorde a la ley y a las directrices normativas del Archivo General de la Nación.</p>	<p>Formular o actualizar, según aplique, el diagnóstico situacional y realizar el diseño general del PGD</p>	<p>Informe diagnóstico y diseño del PGD, aprobados.</p>	<p>Líder de Archivo</p>	<p>30 Nov. 2020</p>	<p>No aplica</p>
		<p>Documentar el PGD en forma detallada. Incluye la elaboración de las Tablas de Retención Documental (TRD) y Tablas de Valoración Documental (TVD)</p>	<p>PGD Documentado. TRD y TVD terminadas.</p>	<p>Líder de Archivo</p>	<p>31 Dic. 2020</p>	<p>No aplica</p>

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
		Implementar y desplegar el PGD. Incluye la capacitación del personal y la puesta en marcha de los procesos de gestión documental en coordinación con el Programa A.1.1. (Infraestructura) y con el proyecto A.4.1. (Software).	Informe trimestral de ejecución del programa A.4.2.	Líder de Archivo	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del Programa A.4.2.	Informe final de actividades y logros del programa A.4.2.	Líder de Archivo	31 Dic. 2025	No aplica
A.4.3. Plan de corto plazo para el cumplimiento de la normativa obligatoria en materia de historia clínica y registros	Formulación y ejecución de un conjunto de estrategias de corto plazo, encaminadas a garantizar el cumplimiento de aspectos pendientes con respecto a las resoluciones 1995 de 1999, 2003 de 2014 y demás normas relacionadas con la gestión de la historia clínica y registros asistenciales	Formular un diagnóstico sobre el cumplimiento de la normativa obligatoria en materia de historia clínica y registros asistenciales.	Informe ejecutivo sobre criterios obligatorios no cumplidos en historia clínica y registros	Líder de Informática Líder de Archivo	31 Dic. 2020	No aplica
		Diseñar y ejecutar un plan de choque para el cierre de las brechas identificadas	Plan de choque para el cumplimiento de normas obligatorias sobre historia clínica y registros.	Líder de Informática Líder de Archivo	30 Jun. 2021	No aplica
		Monitorizar los resultados del plan de corto plazo para el cumplimiento de la normativa obligatoria en materia de historia clínica y registros	Informe de resultados plan de choque historia clínica y registros	Líder de Informática Líder de Archivo	31 Dic. 2021	No aplica

2.3.5. LOGRAR UN DESARROLLO SEGURO, EFICIENTE Y CONFIABLE DE LAS TECNOLOGÍAS

OBJETIVO ESTRATÉGICO A5	Lograr un desarrollo seguro, eficiente y confiable de las tecnologías				
ALCANCE	Implica el desarrollo de las capacidades institucionales necesarias para garantizar la disponibilidad de los 4 ejes de gestión de las tecnologías: 1. Medicamentos, 2. Dispositivos médicos (equipos biomédicos e insumos), 3. Equipos informáticos e industriales, 4. Procedimientos clínicos y quirúrgicos, en todas las áreas asistenciales de la clínica, bajo condiciones de eficiencia, seguridad y confiabilidad, tanto para los usuarios como para el personal de la institución.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	<p>A.5.A. Proporción de requisitos obligatorios cumplidos de tecnologías en salud (Fuente: Lista de chequeo de requisitos de dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos y procesos prioritarios).</p> <p>A.5.B. Proporción de criterios cumplidos en la ejecución del modelo de gestión de la tecnología biomédica (Fuente: Lista de chequeo de auditoría al modelo de gestión de la tecnología).</p> <p>A.5.C. Proporción de equipos biomédicos, informáticos e industriales obsoletos (Fuente: Matriz de control técnico de obsolescencia).</p> <p>A.5.D. Índice de eventos adversos asociados al uso de las tecnologías (Fuente: Reportes de Tecnovigilancia).</p>				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
A.5.A.	>90%	>95%	>98%	100%	100%
A.5.B.	>80%	>85%	>90%	>95%	>98%
A.5.C.	<30%	<25%	<20%	<15%	<10%
A.5.D.	< 15 por 1.000	< 10 por 1.000	< 8 por 1.000	< 5 por 1.000	<2 por 1.000

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
A.5.1. Programa institucional de fortalecimiento de las tecnologías obligatorias	Diagnóstico, intervención, monitoreo y evaluación de necesidades de complementación de las tecnologías institucionales (dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos y procesos prioritarios) necesarias para el cumplimiento de la normativa obligatoria.	Efectuar el diagnóstico de necesidades de complementación de tecnologías institucionales (dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, incluida certificación Invima en BPE)	Lista de chequeo de requisitos de tecnología cumplidos y no cumplidos	Coordinación de Mantenimiento Dirección Técnica del Servicio Farmacéutico Dirección de Calidad y Planeación	31 Mar. 2021	No aplica
		Ejecutar el plan de intervención para el cumplimiento de requisitos de tecnología	Informe trimestral de ejecución del programa A.5.1.	Gerencia Dirección Administrativa y Financiera Coordinación de Mantenimiento Dirección Técnica del Servicio Farmacéutico	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	\$ 5.000.000.000
		Evaluar y sustentar los resultados finales del Programa A.5.1.	Informe final de actividades y logros del programa A.5.1.	Coordinación de Mantenimiento	31 Dic. 2025	No aplica
A.5.2. Modelo de gestión de	Estandarizar el ciclo de gestión de la tecnología para	Documentar el modelo o proceso de gestión de las tecnologías	Modelo de gestión de las tecnologías	Dirección de Calidad y Planeación	31 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
las tecnologías en salud	los 4 ejes descritos en el alcance, de manera que la institución cuente con un modelo articulado para la planeación, selección, adquisición, incorporación, uso seguro, mantenimiento, vigilancia, disposición final y renovación de las tecnologías, que contribuya a garantizar la seguridad, eficiencia y confiabilidad en el uso de las mismas. Incluye fortalecer los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia y biovigilancia, aún en los casos en que estas tecnologías se encuentren contratadas con terceros.	acorde a las directrices previstas en la descripción de esta iniciativa.	documentado y aprobado.			
		Documentar o actualizar, si aplica, los programas de vigilancia de las tecnologías acorde a las directrices previstas en la descripción de esta iniciativa.	Manuales de los programas de vigilancia de las tecnologías actualizados.	Coordinación de Mantenimiento	30 Jun. 2021	No aplica
		Socializar, implementar y ejecutar el modelo de gestión de las tecnologías en salud	Informe trimestral de avances y ejecución del modelo de gestión de las tecnologías	Coordinación de Mantenimiento	Trimestral a partir del 31 Dic. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del modelo A.5.2	Informe final de actividades y logros del modelo A.5.2.	Coordinación de Mantenimiento	31 Dic. 2025	No aplica
A.5.3. Programa de uso seguro y eficiente de las tecnologías	Diseñar, implementar, monitorizar y evaluar un programa que incluya, entre otras estrategias, la inducción, capacitación y entrenamiento del personal, con el fin de minimizar los riesgos asociados al uso de las tecnologías, tanto para el paciente y su familia como para el personal de la institución, y reducir los factores	Documentar o actualizar, si aplica, el programa o Manual de uso seguro de las tecnologías	Programa de uso seguro de las tecnologías documentado y aprobado	Coordinación de Mantenimiento Dirección de Calidad y Planeación	30 Nov. 2020	No aplica
		Socializar, implementar, ejecutar y monitorizar el programa o Manual de uso seguro de las tecnologías.	Informe ejecutivo trimestral de avances y ejecución del programa A.5.3.	Coordinación de Mantenimiento	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del modelo A.5.3.	Informe final de actividades y logros del programa A.5.3.	Coordinación de Mantenimiento	31 Dic. 2025	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	de ineficiencia vinculados al uso de la tecnología (errores, desperdicios, reprocesos, etc.)					

2.3.6. MEJORAR LA CALIDAD EN TODOS LOS PROCESOS Y LA EFICIENCIA ORGANIZACIONAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO B1	Mejorar la calidad en todos los procesos y la eficiencia organizacional				
ALCANCE	Este objetivo supone la revisión y ajuste de todos los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos y del modelo institucional de mejoramiento continuo de la calidad, con el fin de responder efectivamente a las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos, incrementar la agilidad en la operación y reducir los costos de la no calidad.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	B.1.A. Índice global de calidad B.1.B. Promedio ponderado de productividad B.1.C. Proporción de acciones de mejora cerradas efectivamente B.1.D. Proporción del monto de los costos de no calidad en función de los ingresos operacionales				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
B.1.A.	>75%	>80%	>85%	>90%	>95%
B.1.B.	>75%	>80%	>85%	>90%	>95%
B.1.C.	>75%	>80%	>85%	>90%	>95%
B.1.D.	<25%	<20%	<15%	<10%	<5%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
B.1.1. Programa de Mejoramiento de los procesos institucionales	Revisión y ajuste de los procesos y procedimientos institucionales con el fin de orientarlos a satisfacer las necesidades de los clientes, fortalecer las capacidades organizacionales, reducir la variabilidad e incrementar su eficiencia, productividad, eficacia y efectividad.	Revisar y actualizar la estructura organizacional conforme al enfoque de gestión por procesos	Estructura organizacional aprobada y adoptada	Equipo líder de direccionamiento	31/03/2020	No aplica
		Elaborar, ejecutar y evaluar un cronograma de actualización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos.	Informe ejecutivo trimestral de avances y ejecución del cronograma de actualización de los procesos y procedimientos asistenciales y administrativos	Dirección de Calidad y Planeación	Trimestral a partir del 30 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa B.1.1.	Informe final de actividades y logros del programa B.1.1.	Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2025	No aplica
B.1.2. Proyecto Optimización de la estancia hospitalaria	Revisión y fortalecimiento del proceso de atención en hospitalización con el fin de identificar oportunidades de mejora que, al ser intervenidas, permitan mejorar el giro cama, reducir el promedio de estancia hospitalaria, incrementar la productividad y mejorar la facturación.	Formular el proyecto de optimización de la estancia hospitalaria que incorpore las diferentes estrategias previstas para mejorar el giro cama, reducir la estancia hospitalaria y acortar el tiempo de recambio de la cama.	Proyecto de gestión de la estancia hospitalaria documentado y aprobado	Dirección Científica	31 Mar. 2021	No aplica
		Desplegar, ejecutar y monitorizar el proyecto B.1.2.	Informe ejecutivo trimestral de avances y ejecución del proyecto B.1.2.	Dirección Científica	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del proyecto B.1.2.	Informe final de actividades y logros del programa B.1.2.	Dirección Médica Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2022	No aplica
B.1.3. Modelo institucional de mejoramiento continuo de la calidad	Diseño y adopción de un modelo institucional de mejoramiento continuo de la calidad (MCC), basado en evidencia, que permita impactar positivamente los resultados de los procesos organizacionales mediante la participación del personal operativo (círculos de calidad, modelo lcontec) y el uso de herramientas técnicas de análisis y solución de problemas.	Actualizar y socializar, si aplica, el modelo de mejoramiento continuo de la calidad.	Modelo de MCC documentado, aprobado y socializado.	Dirección de Calidad y Planeación	31 Mar. 2021	No aplica
		Monitorizar la ejecución y resultados del modelo de mejoramiento continuo de la calidad	Informe ejecutivo trimestral de avances y ejecución del modelo B.1.3.	Dirección de Calidad y Planeación	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del modelo B.1.3.	Informe final de actividades y logros del modelo B.1.3.	Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2025	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
B.1.4. Plan de corto plazo para el cumplimiento de los criterios relacionados con los procesos prioritarios en habilitación	Formulación y ejecución de un conjunto de estrategias de corto plazo, encaminadas a garantizar el cumplimiento de aspectos pendientes con respecto a la resolución 3100 de 2019 en relación con los requisitos de procesos prioritarios, incluidas las Guías de Práctica Clínica (GPC) y demás procedimientos asistenciales.	Formular un diagnóstico sobre el cumplimiento de la normativa de habilitación en materia de procesos prioritarios, incluidas las GPC	Informe ejecutivo sobre criterios obligatorios no cumplidos en procesos prioritarios	Dirección Científica Dirección de Calidad y Planeación	31 Ene. 2021	No aplica
		Formular un plan de choque para el cierre de las brechas identificadas	Plan de choque para el cumplimiento de la norma de habilitación sobre procesos prioritarios	Dirección Médica Dirección de Calidad y Planeación	31 Mar. 2021	No aplica
		Ejecutar y monitorizar el avance del plan de choque para el cierre de las brechas identificadas	Informe trimestral sobre plan de choque para el cierre de las brechas identificadas	Dirección Médica Dirección de Calidad y Planeación	Trimestral a partir del 30 Jun. 2021	No aplica
		Realizar una auditoría interna sobre el cumplimiento de la normativa obligatoria en procesos prioritarios	Informe de auditoría sustentado	Dirección de Calidad y Planeación Coordinación de Control Interno	Dic. 31 2023	No aplica
B.1.5. Desarrollo y adopción de políticas y programas transversales	Documentación, concertación y adopción de un manual de políticas organizacionales que permita establecer directrices claras sobre temas transversales considerados esenciales para el desarrollo, la competitividad y el mejoramiento de la calidad.	Revisar y documentar las políticas requeridas para establecer un marco transparente de operación organizacional	Políticas documentadas y aprobadas	Equipo líder de direccionamiento	31 Mar. 2021	No aplica
		Desplegar e implementar las políticas adoptadas	Evidencias de despliegue e implementación de las políticas adoptadas en el manual	Equipo líder de direccionamiento	31 Mar. 2021	No aplica
		Monitorizar el conocimiento y aplicación de las políticas implementadas y proceder según resultados	Informe ejecutivo trimestral de monitoreo sobre el conocimiento y aplicación de las políticas implementadas	Coordinación de Control Interno	Trimestral a partir del 30 Jun. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
B.1.6. Política y programa de gestión del riesgo	Formulación y adopción de una política de gestión del riesgo, que debe quedar incorporada en el manual de políticas, y de un programa institucional de gestión del riesgo, alineado con la normativa obligatoria y las buenas prácticas empresariales sobre este tema.	Actualizar, si aplica, la política y el programa de gestión del riesgo	Política y programa de gestión del riesgo formalmente adoptados	Coordinación de Control Interno Gerencia	31 Mar. 2021	No aplica
		Desplegar el programa de gestión del riesgo y documentar las matrices de riesgo por procesos	Matrices de riesgos por procesos documentadas y divulgadas	Coordinación de Control Interno Dirección de Calidad y Planeación Líderes de procesos	30 Jun. 2021	No aplica
		Formular un plan de trabajo que permita implementar los controles diseñados en las matrices de riesgos.	Plan de trabajo documentado y aprobado	Coordinación de Control Interno Dirección de Calidad y Planeación	30 Sep. 2021	No aplica
		Ejecutar y evaluar el plan de trabajo diseñado, actualizar anualmente las matrices de riesgos y monitorizar el impacto del programa mediante la variación en el riesgo residual.	Informe ejecutivo trimestral de seguimiento y evaluación del programa de gestión de riesgos	Coordinación de Control Interno Dirección de Calidad y Planeación	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	No aplica

2.3.7. LOGRAR UNA CULTURA DE COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO B2	Lograr una Cultura de Compromiso con la Organización				
ALCANCE	Diseñar e implementar un conjunto de estrategias, que involucren a los socios, empleados y contratistas, para desarrollar en ellos un alto compromiso y sentido de pertenencia por la institución en congruencia con los valores, de manera que favorezca el logro de los objetivos organizacionales.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	B.2.A. Proporción de colaboradores que cumplen con las competencias culturales establecidas (Fuente: Modelo de gestión por competencias) B.2.B. Proporción de colaboradores con adherencia a los valores institucionales (Fuente: Evaluación del desempeño)				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
	>20%	>40%	>60%	>80%	>90%
	>60%	>80%	100%	100%	100%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
B.2.1. Programa de desarrollo de la cultura organizacional	Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un programa que incluya estrategias encaminadas a potenciar diferentes valores y competencias culturales que los socios, empleados y contratistas deben apropiarse para trabajar comprometidos en pro del crecimiento de la organización. Incluye la formación y certificación de competencias en liderazgo para el personal con funciones de dirección o coordinación, incluidos los miembros de la junta directiva.	Actualizar si aplica, el equipo de trabajo encargado de liderar el programa de cultura organizacional.	Equipo formalmente conformado	Líder de Gestión Humana	31 Mar. 2021	No aplica
		Formular y adoptar la política de transformación cultural, el mapa de cultura deseada y el programa de Cultura Organizacional.	Programa de desarrollo de la cultura organizacional documentado y aprobado	Equipo de trabajo líder de cultura organizacional	30 Jun. 2021	No aplica
		Ejecutar y monitorizar el Programa de desarrollo de la cultura organizacional.	Informe ejecutivo trimestral de avances y ejecución del programa B.2.1.	Equipo de trabajo de cultura organizacional	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	El presupuesto se definirá en el programa de cultura
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa B.2.1.	Informe final de actividades y logros del programa B.2.1.	Líder de Gestión Humana	31 Dic. 2025	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
B.2.2. Plan de fortalecimiento de las directrices corporativas	<p>Esta iniciativa incluye:</p> <p>1. Ajuste y despliegue del código de ética y buen gobierno para alinearlo con los valores organizacionales. Incluye la evaluación de la adherencia a dicho código como parte de la evaluación del desempeño. Debe incluir directrices claras que permitan orientar el comportamiento y acciones de los socios y de todos los líderes de la organización hacia el interés general de la organización.</p> <p>2. Revisión y actualización de los estatutos y del reglamento para el ejercicio de la medicina.</p>	Revisar y ajustar el código de ética y buen gobierno, acorde a las necesidades actuales y futuras de la organización.	Código de ética, código de buen gobierno actualizado y aprobado.	Gerencia Dirección Dirección de Calidad y Planeación	30 Sep. 2020	No aplica
		Desplegar el código de ética y Buen Gobierno.	Código de ética y buen gobierno socializado	Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2020	No aplica
		Monitorizar la adherencia al código de ética y Buen Gobierno.	Informe trimestral de avances y logros a partir del 31/03/2021	Coordinación de Control Interno	31 Dic. 2025	No aplica.

2.3.8. ELEVAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO C1	Elevar la satisfacción de los usuarios				
ALCANCE	Con este objetivo se pretende alcanzar niveles superiores de percepción positiva entre los usuarios y sus familias con respecto a los servicios brindados. Supone un fortalecimiento de la estructura y procesos de apoyo al usuario y la ejecución de programas de fidelización y humanización que contribuyan al logro de una cultura de servicio de clase mundial.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	C.1.A. Proporción de usuarios satisfechos (Fuente: Encuesta de Satisfacción) C.1.B. Promedio de satisfacción de los usuarios (Fuente: Encuesta de Satisfacción) C.1.C. Índice de reclamaciones del usuario (Fuente: Registro de reclamos, sugerencias y felicitaciones) C.1.D. Promedio de días transcurridos para responder a las manifestaciones de los usuarios (Fuente: Registro de reclamos, sugerencias y felicitaciones)				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
C.1.A.	>95%	>95,5%	>96%	>96,5%	>97%
C.1.B.	>4	>4,2	>4,4	>4,6	>4,8
C.1.C.	<5 por 1.000	<4 por 1.000	<3 por 1.000	<2 por 1.000	<1 por 1.000
C.1.D.	<15	<12	<10	<7	<5

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
C.1.1. Programa humanización de la atención	Formulación, adopción, seguimiento y evaluación de una política de humanización y de un programa que permita desarrollar dicha política. Incluye, entre otros, los siguientes componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Campaña de buen trato • Manejo humanizado del dolor • Apoyo emocional y espiritual • Comunicación empática • Discreción y confidencialidad 	Revisar y actualizar, si aplica, el programa de humanización	Programa de humanización actualizado.	Dirección de Calidad y Planeación	31 Mar. 2021	No aplica
		Desplegar e implementar la política y el programa de humanización 2020-2025.	Evidencias de socialización y despliegue del programa	Dirección de Calidad y Planeación	30 Jun. 2021	No aplica
		Ejecutar y monitorizar los avances y logros del programa de humanización.	Informe ejecutivo trimestral de avances y logros del programa C.1.1.	Dirección de Calidad y Planeación	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa de humanización 2018-2025.	Informe final de actividades y logros del programa C.1.1.	Dirección de Calidad y Planeación	31 Dic. 2025	No aplica
C.1.2. Alianza de Usuarios	Convocatoria, reactivación y acompañamiento a la Alianza de Usuarios para	Realizar la convocatoria de la Asamblea de Usuarios.	Asamblea de usuarios realizada	Dirección de Calidad y Planeación Coordinación de apoyo al usuario	31 Mar. 2021	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	garantizar su sostenibilidad y cumplir con la normativa vigente (Decreto 1757 de 1994 o las normas que la modifiquen o sustituyan)	Formación y asesoría a la alianza de usuarios para su conformación legal y puesta en marcha.	Alianza de usuarios formalmente constituida y con personería jurídica	Coordinación de apoyo al usuario	30 Jun. 2021	No aplica
		Acompañamiento permanente a la alianza de usuarios para garantizar su sostenibilidad acorde a la normativa vigente.	Informe ejecutivo sobre la operación de la Alianza de Usuarios	Coordinación de apoyo al usuario	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	No aplica

2.3.9. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA EFICACIA DE LOS PROCESOS

OBJETIVO ESTRATÉGICO C2	Mejorar la seguridad del paciente y la eficacia de los procesos				
ALCANCE	Para lograr este objetivo, la clínica diseñará, implementará y evaluará un conjunto de estrategias que conlleven al mejoramiento de la seguridad de los pacientes y al logro de los objetivos de los procesos de atención.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	<p>C.2.A. Índice de eventos adversos evitables (Fuente: Programa de Seguridad del Paciente)</p> <p>C.2.B. Tasa de mortalidad perinatal (Fuente: Programa de Seguridad del Paciente)</p> <p>C.2.C. Índice de reingresos a hospitalización antes de 15 días por la misma causa (Fuente: Reportes Resolución 256 de 2016)</p> <p>C.2.D. Índice de reingresos a urgencias antes de 72 horas por la misma causa (Fuente: Reportes Resolución 256 de 2016)</p> <p>C.2.E. Índice de reintervenciones quirúrgicas no planeadas (Fuente: Registros Internos Servicio de Cirugía)</p>				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
C.2.A.	<4%	<4%	<3,5%	<3,5%	<3%
C.2.B.	<9,5 por 1.000 NV	<9,5 por 1.000 NV	<9 por 1.000 NV	<9 por 1.000 NV	<8,5 por 1.000 NV
C.2.C.	<3%	<3%	<2,5%	<2,5%	<2%
C.2.D.	<3%	<3%	<2,5%	<2,5%	<2%
C.2.E.	<4%	<3,5%	<3%	<2,5%	<2%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
C.2.1. Programa de seguridad del paciente con enfoque de tolerancia cero.	Fortalecimiento del Programa Institucional de Seguridad del Paciente para implementar en la clínica todas las prácticas seguras aplicables de la Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente y paquetes instruccionales expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Incluye la evaluación de la adherencia a dichas prácticas seguras y del impacto de las mismas sobre los eventos adversos (EA) más frecuentes.	Revisar y ajustar si aplica, el programa institucional de seguridad del paciente.	Programa de seguridad del paciente actualizado y aprobado para el período 2020-2025	Líder de seguridad del Paciente Coordinadora de enfermería	31 Mar. 2021	No aplica
		Desplegar todas las estrategias incluidas en el programa.	Evidencias de despliegue del programa.	Coordinadora de capacitación	30 Jun. 2021	No aplica
		Monitorizar la ejecución del programa, la adherencia a las prácticas seguras y la incidencia de los EA.	Informe ejecutivo trimestral de avances y logros del programa C.2.1.	Líder de seguridad y Coordinadora de enfermería	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa de seguridad del paciente 2020-2025.	Informe final de actividades y logros del programa C.2.1.	Líder de seguridad y Coordinadora de enfermería	31 Dic. 2025	No aplica

2.3.10. GARANTIZAR EL CRECIMIENTO Y RENTABILIDAD FINANCIERA

OBJETIVO ESTRATÉGICO D1	Garantizar el crecimiento y rentabilidad financiera				
ALCANCE	Mejorar los indicadores económicos de la clínica, mediante un conjunto de estrategias y acciones que permitan reducir los costos y/o aumentar los ingresos.				
INDICADORES ESTRATÉGICOS	D.1.A. Índice anual de variación en las ventas (Fuente: Estados financieros) D.1.B. Rotación de Cartera en días (Fuente: Estados financieros) D.1.C. Margen EBITDA (Fuente: Estados financieros) D.1.D. Margen operacional (Fuente: Estados financieros)				
METAS	2021	2022	2023	2024	2025
D.1.A.	>6%	>IPC + 1,5%	>IPC + 1,5%	>IPC + 1,5%	>IPC + 1,5%
D.1.B.	<140 días	<135 días	<130 días	<125 días	<120 días
D.1.C.	>10%	>10%	>10%	>10%	>10%
D.1.D.	>6%	>6%	>6%	>6%	>6%

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
D.1.1. Proyecto de racionalización de costos	<p>Adoptar un conjunto de estrategias que, sumadas a la mejora en la eficiencia de los procesos, permitan disminuir costos evitables a fin de mejorar la rentabilidad. Puede incluir, entre otras, las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar y renegociar tarifas de contratos con terceros. • Aprovechar descuentos financieros. • Optimizar la capacidad instalada en consultorios, quirófanos y otros servicios. • Reducir la variabilidad en las presentaciones de los insumos. • Reducir consumo innecesario de impresiones, servicios públicos, etc. 	Formular el proyecto de racionalización de costos que incluya renegociación de condiciones con algunos socios.	Proyecto formulado y aprobado	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Médica	31 Dic. 2020	No aplica
		Ejecutar y monitorizar el proyecto de racionalización de costos.	Informe ejecutivo trimestral de avances y logros del proyecto D.1.1.	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Médica	Trimestral a partir del 31 Mar. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del proyecto D.1.1.	Informe final de actividades y logros del proyecto D.1.1.	Dirección Administrativa y Financiera Dirección Médica	31 Dic. 2025	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el uso de sobregiros bancarios. • No solicitar pagos anticipados a las EPS para no otorgar descuentos financieros por pronto pago. • Mantener al día la radicación de facturas. • Cancelación de contratos innecesarios. 					
D.1.2. Programa de mejoramiento de la gestión de cartera	<p>Diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un conjunto de estrategias que contribuyan a mejorar la rotación de la cartera. Esta iniciativa incluye, más no se limita a, las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circularización de cuentas por cobrar. • Conciliaciones frecuentes (por lo menos 2 veces al año). • Revisión y mejoramiento de la contratación para preferir a los mejores pagadores. • Reuniones y visitas periódicas a las aseguradoras. • Ofertas de descuentos por pronto pago. 	Diseñar y gestionar la aprobación del programa	Programa de mejoramiento de la gestión de cartera aprobado	Dirección Administrativa y Financiera	30 Jun. 2021	No aplica
		Implementar y monitorizar la ejecución del programa D.1.2.	Informe ejecutivo trimestral de avances y logros del programa D.1.2.	Dirección Administrativa y Financiera	Trimestral a partir del 30 Sep. 2021	No aplica
		Evaluar y sustentar los resultados finales del programa D.1.2.	Informe final de actividades y logros del programa D.1.2.	Dirección Administrativa y Financiera	31 Dic. 2025	No aplica
D.1.3. Programa de cumplimiento de normas contables y	Esta iniciativa supone la finalización de la documentación e implementación de las políticas,	Finalizar la elaboración del soporte documental necesario para el cumplimiento de	Soporte documental finalizado y aprobado	Dirección Administrativa y Financiera Gerencia	31 Dic. 2020	No aplica

INICIATIVAS PROPUESTAS	DESCRIPCIÓN DE LAS INICIATIVAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	PRODUCTOS ESPERADOS	RESPONSABLES	PLAZOS	RECURSOS
financieras	procedimientos, instructivos y mecanismos de apoyo necesarios para garantizar el cumplimiento pleno de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), y la implementación de la factura electrónica conforme al decreto 2242 de 2015	las normas contables y financieras				
		Implementar las políticas, directrices y sistemas de apoyo necesarios para el cumplimiento de las normas contables y financieras obligatorias	Normas contables y financieras implementadas y en operación	Dirección Administrativa y Financiera Gerencia	31 Mar. 2021	No aplica
		Auditar anualmente el cumplimiento de las normas contables y financieras obligatorias	Informe de Auditoría sobre el cumplimiento de las normas contables y financieras obligatorias	Coordinación de Control Interno	30 Sep. 2021	No aplica

ANEXO. INSUMOS PARA LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

COMPONENTES
<p>1. Estructura Organizacional, Mapa de Procesos y Función de Liderazgo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plataforma estratégica actual, indicadores y datos referentes a su evaluación o grado de cumplimiento. 2. Estructura organizacional y su grado de vigencia de la frente a la realidad actual de la institución 3. Percepción Gerencial sobre el Enfoque General 4. Funcionalidad de sus relaciones y conductos regulares 5. Mapa de procesos y grado de adecuación a la realidad actual de la institución 6. Grado de desarrollo de la función de liderazgo (Disponibilidad de documentación sobre: Planeación estratégica, gestión del cambio, control de gestión, gestión de las comunicaciones, gestión de imagen, comités, resultados de la planeación anterior, estudios de percepción del cliente interno sobre los líderes). 7. Disponibilidad y nivel de actualización del código de ética, código de buen gobierno, política y programa de responsabilidad social y manual de políticas organizacionales.
<p>2. Gestión Asistencial y de Calidad de los Servicios de Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos e Indicadores básicos de gestión hospitalaria (capacidad instalada por servicios, promedio de días estancia, porcentaje ocupacional, giro cama, etc.). 2. Principales causas de consulta y egreso por servicios y por especialidades, principales cirugías realizadas. 3. Cumplimiento de normativa obligatoria: habilitación, PAMEC, etc. (Informes de auditorías internas y externas) 4. Grado de desarrollo de las guías de atención y procedimientos asistenciales para todos sus servicios 5. Grado de desarrollo del modelo de gestión farmacéutica 6. Grado de desarrollo del programa de seguridad del paciente 7. Existencia, operación y resultados de los comités institucionales obligatorios y no obligatorios. 8. Indicadores de disponibilidad, productividad, rendimiento y utilización de los recursos 9. Indicadores de Calidad (Oportunidad, Pertinencia, Continuidad, Seguridad, Eficacia, Satisfacción de los diferentes tipos de clientes) 10. Gestión de la atención al usuario (Información sobre reclamos, sugerencias, felicitaciones, cobertura y tiempos de respuesta, etc.)
<p>3. Gestión del Capital Humano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplimiento de normativas obligatorias 2. Datos sobre modalidades de vinculación, cantidades de personal y su distribución 3. Análisis sobre la suficiencia del personal asistencial y de apoyo por áreas 4. Grado de desarrollo de los perfiles y competencias técnicas del personal asistencial y de apoyo 5. Grado de desarrollo de procedimientos de planeación del capital humano, selección, incorporación, inducción, entrenamiento y desvinculación, gestión de la compensación y mecanismos de retención (Remuneración, Incentivos y estímulos), modelo de evaluación de desempeño y procedimientos disciplinarios. 6. Grado de desarrollo del proceso y programa de educación continua. 7. Grado de desarrollo del sistema de seguridad y salud en el trabajo 8. Escalas salariales y su análisis contra el mercado 9. Perfil social y económico del personal 10. Análisis de la motivación, satisfacción y/o clima laboral 11. Estudios de riesgo psicosocial 12. Función de docencia servicios (convenios existentes, cumplimiento de normas sobre la materia, tipo y número de cupos para personal en prácticas formativas, análisis de costo beneficio de la relación docencia servicios, funcionamiento de los comités de docencia servicios). 13. Indicadores de gestión del talento humano y sus resultados
<p>4. Gestión de las Tecnologías en Salud</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datos sobre obsolescencia de los equipos biomédicos, software, equipo de oficina y amoblamiento. 2. Grado de desarrollo de los procedimientos de planeación, adquisición, incorporación, reposición y renovación de la tecnología biomédica, gestión de inventarios y aseguramiento de los mismos. 3. Grado de desarrollo del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos. 4. Desarrollo de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia, reactivovigilancia y biovigilancia, según aplique. 5. Otras normativas obligatorias.

COMPONENTES

6. Indicadores de gestión de tecnología médica y sus resultados.

5. Gestión de la Infraestructura e Instalaciones Físicas

1. Datos relativos a las sedes existentes, área total construida y cumplimiento de normas de habilitación).
2. Estado de sismo-resistencia y protección eléctrica de las edificaciones,
3. Estado de mantenimiento de la infraestructura.
4. Grado de documentación e implantación de los procesos de mantenimiento de la infraestructura física, instalaciones y vehículos
5. Existencia y grado de desarrollo de planes de prevención de emergencias y evacuación a partir de un análisis de riesgos.
6. Estado de las redes eléctricas, hidráulicas e hidrosanitarias.
7. Existencia de planes de contingencia ante eventuales fallas de la infraestructura física, instalaciones, servicios públicos y otras contingencias.
8. Controles preventivos, detectivos y correctivos contra intentos de agresión y sabotaje externos (homicidio, secuestro, asalto, robo, toma de rehenes)
9. Señalización e imagen corporativa
10. Análisis sobre posible hacinamiento de personal por áreas
11. Cumplimiento de otras normas obligatorias
12. Indicadores de gestión de los recursos físicos y sus resultados.

6. Gestión de la información y de las TIC

1. Grado de desarrollo del sistema de información
2. Grado de desarrollo de los procesos y procedimientos de gestión de datos e información, gestión de necesidades de información y gestión de riesgos de la información.
3. Grado de desarrollo del programa de gestión documental (PGD) acorde a las normas del archivo general de la nación.
4. Datos sobre obsolescencia de los equipos informáticos y del software.
5. Grado de desarrollo de los procedimientos de planeación, adquisición, incorporación, reposición y renovación de los recursos tecnológicos y físicos, gestión de inventarios y aseguramiento de activos
6. Grado de desarrollo del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos informáticos
7. Cumplimiento de política y normas sobre tratamiento de datos y otras normas obligatorias.
8. Indicadores de gestión de la información y de las TIC y sus resultados.

7. Sistema de Control Interno o de Auditoría Interna

1. Grado de desarrollo y documentación del modelo o sistema de control interno y tipo de enfoque utilizado
2. Grado de desarrollo de la política y del programa de gestión de riesgos
3. Herramientas para el control de gestión
4. Grado de desarrollo de la cultura organizacional del riesgo y del autocontrol
5. Cobertura del programa de auditorías y capacidad institucional para el cierre de ciclos y la intervención de hallazgos
6. Indicadores de gestión del control interno y sus resultados.

8. Gestión Comercial

1. Políticas y directrices comerciales, estrategia comercial (nichos de mercado a los cuales se ha venido apuntando y a los cuales se pretende acceder)
2. Perfil de clientes y de la venta de servicios (distribución por EPS, Pólizas, EMPP, Particulares, SOAT, etc.)
3. Caracterización y Análisis de los competidores directos (IPS de la misma localización geográfica con sus fortalezas y debilidades)
4. Indicadores de gestión comercial y sus resultados

COMPONENTES

9. Gestión Financiera

1. Datos sobre presupuesto anual, fuentes de ingreso, distribución de los egresos.
2. Grado de desarrollo de los procedimientos financieros (presupuestación, control de ingresos, gestión de egresos, gestión de inventarios, gestión de seguros, gestión de costos, tarifas por servicios, gestión contable, auditoría interna)
3. Estado de la contratación, eficiencia en la facturación
4. Análisis de costos y estudios de costos de no calidad
5. Situación tributaria
6. Cumplimiento de las NIIF, SARLAFT y otras normas obligatorias
7. Procesos en curso, demandas a favor o en contra
8. Indicadores financieros y sus resultados