	<b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>										<b>Código: DE-F-01</b>	
											<b>Versión: 02</b>	
	<b>PLAN OPERATIVO ANUAL 2021</b>										<b>Aprobado: 2020/09/01</b>	

PERSPECTIVA:	FINANCIERA														INDICADOR/ DARUMA			
POLITICAS	Política de Control y Austeridad en el Gasto. Políticas Contables.																	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Garantizar la Rentabilidad de la Empresa.																	
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES				
					2022				I TRIM	II TRIM								
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Maximizar la productividad de la capacidad instalada, para fortalecer la gestión contractual y financiera en la institución.	1.Indicadores diseñados, analizados por servicios y acciones de mejora. 2. Informe de servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados. 3. Análisis y acciones de mejora de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado. 4. Informe estadístico y de producción por unidad funcional.	Porcentaje ocupacional (Institucional y por servicio)	91,0	80	Subgerencia Científica y Asesor de Planeación	Gestión Hospitalaria, Gestión Quirúrgica, Direcciónamiento estratégico	Dirección de servicios hospitalarios y oficina asesora de planeación	96,0	95,7	96	100	Informe de RIPS presentado a Junta Directiva.		Informe trimestral (fuente: Informe estadísticos/historia clínica Indigo y dinámica gerencial)			
			Promedio estancia Paciente (Institucional y por servicio)	3,00	3				2,90	2,93	2,9	100						
			Giro Cama	8,6	8				9,3	9,31	9,3	86						
						Proporción de Cancelación de Cirugía (programada)	1,34	2	Enfermero Cirugia	Gestión Quirúrgica,	cirugia	0,28	0,85	0,57	100	indicador en %		<a href="#">GQ_256_02cancelacion cirugia</a>
						Razón Corriente	2,8	2	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	3,2	3,67	3,4	100			<a href="#">GF-01 razon corriente</a>
						Solidez Financiera	2,65	2	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	2,89	2,92	2,91	100			<a href="#">GF-08 solidez financiera</a>
						<u>Margen de rentabilidad</u>	31	12	Profesional universitario de Costos	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	24,6	22,7	23,65	100	Indicador cargado a mayo de 2022		<a href="#">GF-20 margen rentabilidad</a>
	Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la E.S.E.	1.tarifas competitivas y actualizadas. 2.contratos. 3.REPS actualizado. 4.Oferta de nuevos servicios.	Recaudo Vrs. venta	51	58	Asesor de Planeación y Tesorera General	Direcciónamiento estratégico y Gestión financiera	Oficina asesora de planeación y Tesorería general		33,24	33,24	57	A Junio de 2022, se ha facturado \$66.538.549.730,00, por concepto de ventas de servicios de salud, de los cuales las Entidades Responsables de Pago realizaron pagos por \$22.116.720.801,00; lo anterior nos indica que se ha recaudó el 33,24% del total de la venta del periodo. En este mes no se evidencia el cumplimiento de la meta nominal la cual	GF-11	<a href="http://192.168.1.14/app.php/indicador/view/id/263">http://192.168.1.14/app.php/indicador/view/id/263</a>			

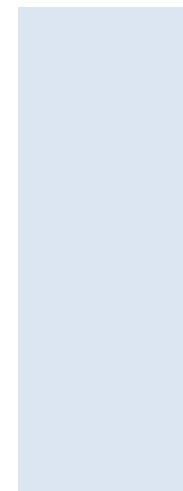
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	DARUMA	
					2022				I TRIM	II TRIM						
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>2.Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.</b>														<b>INDICADOR/DARUMA</b>	
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Mejorar los procesos de costos, contratación y mercadeo; optimizando la gestión administrativa y financiera.	1. Costos implementados, analizados y acta de socialización con cada líder.	Numero de informes generados y analizados con el líder del proceso	11	12	Profesional universitario de costos	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	2	3	5	42	indicador registrado a mayo de 2022		<u>G-21 Informe Costos</u>	
		2.Gastos de operación medidos por cada centro de costo.	Participación del costo del recurso humano en el costo total.	61,96	68				57,9	54,5	56,20	100			<u>GF-19 costo recurso humano</u>	
		3. Costeo de tecnologías (servicios)														
	Optimizar los procesos de facturación y cobro de cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos.	1.Indicadores de facturación, cartera y glosas registrados y analizados 2. control entrega facturas a cartera. (codigo de barra) 3. Saneamiento de cartera y operativización de comité. 4.Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación. 5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año. 6. Planes de mejora ejecutados	control de Ingresos en estado registrado	control de Ingresos en estado registrado	2,53	2,5	Tecnico de Facturacion	Gestión financiera	Auditoría cuentas médicas	2,8	2,3	2,6	98			<u>GF-14 control de Ingresos</u>
			Radicación a cartera del valor facturado	Radicación a cartera del valor facturado	91,6	95	profesional universitario de facturación	Gestión financiera	Cartera	88,3	98,4	93,4	98			<u>GF-12 Radicacion a Cartera FAC</u>
			Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera	Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera	95,57	90	técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	90,2	95,4	92,80	100			<u>GF-27 radicada entidad</u>
			Rotación de cartera	Rotación de cartera	0,92	5	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	0,39	0,72	0,56	11,1			<u>GF-10 rotacion cartera</u>
			Porcentaje de recuperación de cartera.	Porcentaje de recuperación de cartera.	22,7	25	tesorero general y Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	24,3	37,1	30,7	100			<u>GF-03 recuperacion cartera</u>
			porcentaje de cartera conciliada	porcentaje de cartera conciliada	57,6	35	Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	71,8	63,5	67,7	100			<a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/3">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/3</a>
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	106,4	90	profesional especializado de cuentas medicas	Gestión financiera	Auditoría cuentas médicas	104	102	103,0	100			<u>GF-06 respuesta objeciones</u>
Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	2,54	6	4,05	2,9	3,48				100	indicador de tendencia negativa	<u>GF-04 objeciones definitivas</u>				
porcentaje de conciliación de glosas en el periodo	porcentaje de conciliación de glosas en el periodo	0	0	0	0	0				0	No registra información	pendiente ficha técnica Daruma				
					<b>TOTAL</b>							<b>84</b>				

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	EVALUACION
					2022				I TRIM	II TRIM					

	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)	DOCUMENTO CONTROLADO
---	--	----------------------

  
**EDWARD ALEXANDER CORTES PUENTES**  
 Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación





PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022

Aprobado: 2020/09/01

PERSPECTIVA:	CLIENTE													INDICADOR/DARUMA	
POLITICAS	1. Política del sistema integrado de gestión 2. Política pública de participación social en salud. 3. Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo. 4. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 5. Política de comunicaciones.														
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.														
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2022	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)		OBSERVACIONES
									I TRIM	II TRIM					
			Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita De Obstetricia	1,65	5	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	3,8	2,8	3,30	100		GAA-PLG-256-44EX , indicador plan de gestión meta 8 días	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/208">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/208</a>
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecología	1,73	7				3,9	3,03	3,47	100		GAA-256-43-EX	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/207">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/207</a>
		1. Indicadores analizados para evaluar la calidad en la atención definidos y metas establecidas para medir oportunidad en los	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugía General.	4,42	15				7,47	10,2	8,84	100		GAA-256-45-EX	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/209">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/209</a>
		2. informe de seguridad del paciente (reporte, análisis y acciones de mejora).	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	2,33	5				5,13	4,2	4,7	100		GAA-PLG-256-42EX, indicador plan de gestión meta 5 días	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/206">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/206</a>
		3. Programa de Humanización actualizado.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	6,98	10				13,9	14	14,0	72		GAA-PLG-256-41EX, indicador plan de gestion meta 15 días	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/205">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/205</a>
		4. Planes de acción para mejorar la calidad en la atención implementados.	% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente	50,0	100	profesional universitario SIAU	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	100	100	100	100			SIAU-001 PORCENTAJE QUEJAS RECLAMOS

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	5. Comité de seguridad del paciente, MIPG, efectivo en la toma de decisiones.	porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida.	46,9	85	Profesional universitario laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	91,7	96,0	93,9	100	indicador diligenciado hasta mayo de 2022		<a href="#">LC-02 oportunidad exámenes validados</a>
			Oportunidad resultados TSH Neonatal	48,98	95	Profesional universitario laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	95,9	100	97,95	100	indicador diligenciado hasta mayo de 2022		<a href="#">Oportunidad resultados TSH Neonatal LC-10</a>
			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	12,9	24	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	27,4	24,2	25,8	93		Resultado en horas	<a href="#">IM-04 oportunidad entrega rayos X</a>
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	0,18	3	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	0,34	0,39	0,37	100		Resultado en días	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/126">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/126</a>
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	46,88	90	profesional universitario atención al usuario	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	93,6	93,9	93,8	100		Procedimiento Evaluación de la satisfacción del usuario con la prestación de los servicios asistenciales. Indicador diligenciado en módulo Daruma Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	<a href="#">Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS</a>
Estructurar un Plan de Endomarketing y Engagemen que mida la preferencia del cliente interno y externo con la ESE.		1. Informe de colaboradores comprometidos y que perciben buena imagen de la institución 2. informe del sistema de evaluación de desempeño-compromisos comportamentales. 3. Informe de seguidores, publicaciones y alcance	Proporción Global de colaboradores comprometidos con la institución.	92,0	70	Director Administrativo de talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	0	0	0	0	<b>COMPROMISO</b> Este factor tuvo el mejor desempeño (92%) de todos los factores determinantes del clima organizacional estudiados en el hospital María Inmaculada. Los resultados nos dicen que la institución cuenta con empleados orgullosos,		Se mide a través del reporte de Encuesta Virtual se anexa informe realizado por la dirección
			Alcance de las publicaciones	100	90	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	Asesor de Planeación	100	100	100	100	El Alcance logrado en la fan page del HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA		informe remitido por la técnico administrativo del proceso de

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022	I TRIM				II TRIM						
Pago oportuno a contratistas y proveedores.	Mejorar la oportunidad en el pago a contratistas y proveedores.	1.Giros realizados con oportunidad.	Oportunidad en el pago a contratistas	48,0	60	Tesorero general	Gestión financiera	Tesorería general	23	17	20	100		Indicador (días) tendencia negativa GF-24	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/319">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/319</a>	
		2.Medición y análisis de rotación de cuentas por pagar a proveedores.	Oportunidad en el pago a proveedores	160	190	Tesorero general	Gestión financiera	Tesorería general	128	131	130	100		resultado de 160 días, este indicador cumple con la meta establecida de 190 días para el pago oportuno de los proveedores. Lo anterior nos indica que en promedio nos encontramos en los tiempos	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/320">http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/320</a>	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>2.Lograr la efectividad en el proceso de Atención.</b>															
Evaluación de resultados de atención en salud.	Evaluar la adherencia a guías y protocolos.	1.Instrumentos de medición y evaluación aplicados de acuerdo al cronograma establecido por el proceso Mejoramiento Continuo.	Proporción de Adherencia a Protocolos	85,3%	85	Asesor de calidad	Direccionamiento estratégico	Sistema integrado de gestión de la calidad	0	87,3	87,3	97		Indicador semestral MC-PS-01	<a href="#">Adherencia protocolos</a>	
		2.Acciones de mejora formuladas e implementadas según los resultados de la medición y evaluación aplicada a las adherencias a guías y protocolos.														
	Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.	1. plan de capacitación aprobado y ejecutado. 2. Evaluaciones de desempeño al personal de planta aplicado con la normatividad vigente. 3. informe y Acciones de	Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	98,9%	70	Director Administrativo	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	100	100	100,0	100			<a href="#">TH-04 plan capacitado ejecutado</a>	
cobertura del plan de capacitaciones			82,5%	80	89,6				83,6	86,6	100		<a href="#">TH-01 cobertura plan capacitacio</a>			

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
		Programa y sistemas de mejora.	Porcentaje de personal evaluado	97,6%	100					98,8		98,8			TH-10 personal evaluado
	Capacitación en programas de autocuidado a los usuarios y sus familias.	1. Programación y cumplimiento de capacitación a usuarios y sus familias. 2. registros y evidencias de la capacitación.	Nro. capacitaciones realizadas/ programadas	100%	90%	profesional universitario SIAU	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	100	100	100,0	100		1. Se evidencia Cronograma anual de capacitaciones 2. Actas de capacitación y registros Evidencias en Daruma y consolidado enviado al correo electrónico planeación@hmi.gov.co	
	Realizar seguimiento a la efectividad clínica de los egresos hospitalarios.	1. Informe de los registros de llamadas y seguimiento a pacientes con egresos hospitalarios de cirugías ambulatorias. 2. acciones de mejora realizadas.	Porcentaje de usuarios satisfechos con el tratamiento brindado	100%	90	Director operativo servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	100	100	100,0	100		Indicador Registrado a partir de septiembre de 2021. <b>(muestra Total de cirugías programadas realizadas de ginecología y obstetricia)</b>	GAA-PLG-05
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>3.Fortalecer la gestión del Recurso físico y logístico.</b>														

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					I TRIM	II TRIM										
	Gestionar la financiación del proyecto para la construcción, remodelación, adecuación del HDMI, acorde a las necesidades de los servicios.	Estudios entregados, debidamente soportados y aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	20	30					0	100	100	100	1. Estudios entregados al Ministerio de Salud 2. Viabilidad técnica expedida por el Ministerio el día 29 de junio de 2022 radicados: "Proyecto de Construcción, remodelación y ampliación del Hospital María Inmaculada ESE de Florencia en el Departamento del Caquetá. Radicados Min Salud No: 202242300933292 del 29 de abril de 2022, 202242301049352 del 13 de mayo de 2022, 202242301046252 del 13 de mayo de 2022 y 202242301131962 y 202242301136982 del 25 de mayo de 2022	NA	
	Gestión para la Adquisición de equipos biomédicos para el fortalecimiento de servicios del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, de Florencia Caquetá.	Proyecto Ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100					100		100	100	1. Resolución No. 1940/2020 por valor de \$3.469.779.590 2. Ejecutados mediante contrato No.00516 2021 Distrisalud por valor de \$3.468.053.390 3. contrato No.00733 de 2021 Fresenius Medical por valor de \$41.970.805; (Devolución tesoro nacional) \$20.092.695.	NA	



ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
	Fortalecimiento de la Dotación de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para la Atención del Paciente Crítico Afectado por Covid-19, para la Adquisición de 30 camas hospitalarias, 30 ventiladores estacionarios, 30 monitores de signos vitales, 3 carros de paro, 3 desfibriladores, 3 laringoscopios de fibra óptica, 3 fonendoscopios, 120 bombas de infusión, 15 succionadores, 1 equipo de rayos X portátil, 2 ventiladores de transporte, 2 electrocardiógrafos, 1 ecógrafo.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		1. Ejecución del proyecto de Dotación de equipos Gobernación de Caqueta, (se evidencia comprobantes de ingresos de activos No.510,511,534 y 509 de 2020 por valor de \$4,336,417,465,00 2. Convenio de comodato con el Departamento. (ventiladores).	NA
	Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, de Florencia Caquetá.	Proyecto Ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		Ejecutado mediante contrato No. 00990 de 2020. <u>CARPETA</u>	NA
	Dotación del servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		Asignación de Recursos por el Ministerio de Salud Resolución No. 3373 de 2019 por valor de \$717.000.000,00, ejecutado mediante contrato No.1034 de 2020.	NA
	<b>Gestión del proyecto para la dotación del Servicio de Obstetricia del Hospital Departamental María Inmaculada ESE</b>	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100			NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				0		100	100			NA


ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES					
					I TRIM	II TRIM														
					2022															
	Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de Cirugía del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	100		100	100		1. Resolución No. 1940/2020 por valor de \$3.469.779.590	NA					
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		2. Ejecutados mediante contrato No.00516 2021 Dsitrisalud por valor de \$3.468.053.390						
	Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de radiología e Imágenes Diagnósticas del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		3. contrato No.00733 de 2021 Fresenius Medical por valor de \$41.970.805.						
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100								
	Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Resonador Magnético del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	1.contrato de outsourcing del resonador magnético, elaborado y legalizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		1. Contrato de outsourcing del resonador magnético, elaborado y legalizado. Contrato No.001 de 14 de octubre de 2020.						
		2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		2. Obra terminada con su respectiva dotación						
	Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Angiógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	1.contrato de outsourcing del Angiógrafo realizado y legalizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0%				0		0	NA		3. Fecha apertura del servicio sep/2021.						
		2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0%				0		0	NA		4. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de la comunidad.						
																			PROYECTO 2023	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
Gestión y Ejecución de Proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria	Proyecto para Equipo de Hipotermia para Asfixia Perinatal, Polisomnógrafo.	2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100		Contratación del profesional especializado No. 786 DE 2021 Pediatra /Centro de estudios neurofisiológicos para apoyo diagnósticos Neurológicos.	NA
	Proyecto de dotación para el equipamiento de la Lavandería.	1. Proyecto elaborado y gestionado 2. Proyecto ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				0	0	0	NA		PROYECTO 2023	NA
	Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud		porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100	Se anexa evidencia aprobación del Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud.	NA
		Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.		porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	0				0	50	50	50	1,PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA CON DEBIDOS SOPORTES Y COTIZACIONES. 2. REVISION Y MESA TECNICA EN MINSALUD	NA
	Adquisición de (1) ambulancias de transporte asistencial medicalizado para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado, radicado a la Secretaria de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social . (ambulancia Basica).		porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100		100	100	1. SE MODIFICA EL PROYECTO TENIENDO ENCUESTA QUE EL HDMI ADQUIRIÓ AMBULANCIA MEDICALIZADA EN EL 2020, POR LO ANTERIOR SE CAMBIA A BASICA.	NA
		1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios		porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				0	50	50	50	2. PROYECTO PENDIENTE DE ASIGNACION DE RECURSOS	NA
	Gestión para la adquisición de ambulancia de Transporte Asistencial Básico, para el Hospital Departamental María Inmaculada / Centro de Salud de la UNION PENEYA.	Proyecto elaborado, radicado a la Secretaria de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social .		porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				100	100	100	100	1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO PENDIENTE DE ASIGNACION DE RECURSOS	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
	Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado, contrato de outsourcing realizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	0	0	NA		PROYECTO 2023	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	0	0	NA			NA
	Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil, para la captación de sangre, de HDMI.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				0	50	50	50		1. PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA 2. PROYECTO PRESENTADO A SSDC 3. DEVUELTO PARA AJUSTES POR LA SDC	NA
	Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	0	100	100		radicado ante el Ministerio de Salud del proyecto "Dotación de equipos industriales de uso hospitalario"	
		Contrato de suministro realizado, ejecutado y puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	0	0	NA		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	NA
	Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	0	0	NA		PROYECTO 2023	NA
	Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDMI.	Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	0	0	100		Se evidencia en la plataforma plan bienal Ministerio de Salud.	
		Proyecto elaborado y presentado fuentes de financiación	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				0	0	0	0		PROYECTO 2022-2023 PDTE GERENTE	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				0	0	0	0			NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
	Titulación de predios para los centros de salud de Morelia, Montañita, Unión Peneya y puesto de salud de agua bonita, barrio alternativo de todos; para gestionar y ejecutar proyectos de infraestructura física.	contrato elaborado y ejecutado (Legalización 5 predios).	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	75	100	Gerente y Profesional universitario de mantenimiento hospitalario .	Recursos físicos	Mantenimiento Hospitalario	75		75	75	Contrato elaborado y ejecutado (Legalización 5 predios). No.0807 de 2020. 1. Morelia 2. Unión Peneya 3. Agua Bonita 4. Barrio alternativo de todos (pendiente legalización). Nota: contrato de obra número 834 de 2021. adecuación servicios consulta externa, archivo historias clínicas, imagenología, UCI NEONATAL, áreas adyacentes	NA	
	Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios asistenciales y áreas administrativas de HDMI.	Plan de mantenimiento elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento plan de mantenimiento (infraestructura)	97,4	50	Profesional Universitario de Mantenimiento hospitalario .	Recursos físicos	Mantenimiento Hospitalario	0	0	0	0	2. Anexa plan de mantenimiento 2021 3. Anexa Informe de ejecución a 30 de junio de 2021. proyectado 2021 \$962 millones ejecutado a 30 Junio \$323 millones. 4. Anexa informe de	NA	
	Adquisición de equipamiento industrial, para el servicio de apoyo de Alimentación del HDMI.	Proyecto elaborado, gestionado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	0			NA	PROYECTO 2023	NA	
		contrato elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0			NA		NA	
	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento etc).	1.Plan de Compras 2.contrato elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	80	Profesional universitario de sistemas de información	Tecnología e información	Sistemas Informáticos	0	100	100,0	100	A 30 DE JUNIO DE HA EJECUTADO \$325,877,629 LA META EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2024 \$360 millones la meta anual \$90 millones La meta del plan de desarrollo 2020-2024 es de \$360,000,000 , según informe de obsolescencia realizado por el líder del proceso de tecnología de la información; se ha ejecutado en la vigencia 2020 el valor de \$340,232,980 y para la vigencia 2021 el valor de \$524,043,700 para un total de \$864,276,680, superando la meta del cuatrenio.	NA	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2021		TOTAL 2021	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES
					2022	I TRIM				II TRIM					
	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	contrato elaborado y ejecutado Meta Plan de Desarrollo 2020-2024. valor de la inversión \$700,000,000 META ANUAL 175 MILLONES	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	86	45	Profesional universitario de sistemas de información	Tecnología e información	Sistemas Informáticos	0	36	36	80	AL 30 DE JUNIO DE HA EJECUTADO \$62.649.139 la meta anual según el PLAN DE DESARROLLO 2020-2024, es de \$175 MILLONES EL PORCENTAJE EJECUTADO a	La meta del plan de desarrollo 2020-2024 es de \$700,000,000 ; 45% (\$315,000,000). Se ha ejecutado el valor de \$195,967,070 2020 y 2021 74,481,889 para un total ejecutado de \$270,448,959; actividades realizadas en la vigencia 2021.	NA
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>4. Ampliar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad.</b>														
Mejorar la capacidad instalada de acuerdo a la morbimortalidad de la población, ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	Ofertar los servicios de UCI adultos, Resonancia magnética, oncología, nefrología, Unidad Renal, cardiología, cardiología pediátrica, Urología, neurocirugía, Nueropediatra, Cirugía artroscópica y servicio de medicina laboral.	1. Portafolio actualizado 2. Servicios ofertados 3. Proyectos de infraestructura, dotación, outsourcing elaborados, gestionados y ejecutados. 4. servicios habilitados.	número de nuevos servicios ofertados	3	3	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	1	0	1	33	1. Portafolio de servicios actualizado y publicado pagina web HDML y Daruma-portal información institucional version 2 2. Certificación de Servicios ofertados REPS. actualizada. 3. 2020 1.Nefrología, 2.Neurocirugía 3.Cardiología pediátrica. 4.Neuropediatría, 5.Cirugía artroscopica 4. 2021 1.Resonancia	NA	
<b>TOTAL</b>												<b>86</b>			

	.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)	DOCUMENTO CONTROLADO
---	---	----------------------

  
**EDWARD ALEXANDER CORTES PUNTES**  
 Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022

Aprobado: 2020/09/01

PERSPECTIVA:		PROCESOS INTERNOS													INDICADOR/DARUMA
POLITICAS		1.Política del sistema integrado de gestión 2.Política de comunicaciones 3. Política de Humanización.													
OBJETIVO ESTRATÉGICO		1.Incrementar la seguridad del paciente.													
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2022	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
									I TRIM	II TRIM					
	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad del paciente y medición de adherencia a protocolos.	1. Eventos adversos analizados según el programa seguridad del paciente. 2. Informe de seguridad del paciente semestral. 3. Indicadores diseñado y analizados. 4. Plan de acción a realizar según los hallazgos.	Proporción de Pacientes No. Identificados Correctamente	0,43	5	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	0,57	0,31	0,44	100			MC-PS-04 paciente no identificado
Tasa De Eventos Adversos Institucional			5,00	10	9,8				8,8	9,3	100	Indicador de tendencia negativa/...10 por cada 1000	MC-SP-20 eventos adversos		
Proporción Reporte de Eventos de Seguridad			82,75	40	68,7				81	74,9	100	proporción, del total de reportes por el aplicativo el 82,7 son realizados por los	MC-SP-21 Reportes. Evento adverso		
Razón de Eventos de Seguridad			9,61	15	7,13				7,5	7,32	100	La razón de eventos de seguridad para el periodo evaluado es de 4,78, no presenta brecha en relación la meta nacional	MC-SP-22 Razon evento adverso		
Tasa de Infección intrahospitalaria			0,14	1	Profesional universitario Epidemiología	Gestión Hospitalaria	Dirección de servicios Hospitalarios	0,06	0,30	0,18	100		Indicador tendencia negativa	GUO-007infeccionInt rahosp	
Razón de Mortalidad Materna			0,06	1				0	0	0,00	100	No se notificaron casos de muerte materna para el periodo reportado. A 30 de junio de 2022	GUO-006 mortalidadmaterna		
Evaluación De Aplicación De Guía En El Manejo De Los Trastorno Hipertensivos En Gestantes			89,00	80	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	100	100	100,0	100		trimestre del 2022, la adherencia al manejo de la crisis hipertensiva, teniendo en cuenta la GPC trastornos	MC-PLG-SP-12-1AplicacionGMT HG	
Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes			86,60	80				99,4	97,9	98,7	100		MC-PLG-12EvaluacionGuiaMCR		

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2022	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	CR/DARUMA
									I TRIM	II TRIM					
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.			Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,2	0,8	Profesional Universitario Bacteriólogo	Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	0,28	0,23	0,26	100	Indicador registrado hasta el mes de abril en DARUMA	Indicador en porcentaje, tendencia negativa	LC-04 muestra no cumplen critericalidad
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,25	0,50	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	0,26	0,32	0,29	100		POR CADA 1000/ DIAS ESTANCIA	MC-256-30-SE tasade caidas
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivez clínica y la seguridad del paciente.	1.Indicadores diseñados y analizados. 2. Análisis de eventos adversos 3. Auditoría concurrente de servicios de salud	Porcentaje de pacientes con Estancia en el Servicio de Observación de urgencias mayor 24 hrs	22,9	20	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	23,7	24,6	24,2	84		indicador tendencia negativa	GUO-05 estancia observacion
			Oportunidad para la ejecución del plan terapéutico en la atención inicial de urgencias de pacientes clasificados como triage II	26,9	60	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	35,9	30,1	33,0	100		Indicador resultado en minutos	GUO-03 oportunidadate ncion Urgencias
			Faltantes de productos en la farmacia según pedido solicitado en un periodo.	5,7	10	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	6,1	6,8	6,5	100		porcentaje SF-08	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/308">http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/308</a>
			Porcentaje de medicamentos e insumos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	2	2	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	1,4	1,16	1,28	100		porcentaje SF-05	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/249">http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/249</a>
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	93	90	Subgerente científico	Misionales	Servicio de cirugía y urgencias	0,89	0,92	0,91	99		Indicador SC-PLG-14 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN.	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/176">http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/176</a>
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	95,5	90	Médico General Hospitalización	Gestión hospitalaria	Servicio de hospitalización I,II,III	94,3	95,5	94,9	100		GH-PLG-16 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN	<a href="http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/25">http://186.118.168.204/app.php/indicador/vie w/id/25</a>



ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	ORDENAMA	
					2022				I TRIM	II TRIM						
	Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en la prestación de servicios, mediante la realización de	1. Rondas de seguridad. 2. evidencia acciones inmediatas	Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Asesor de Calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	1	1	2,00	50	SE ANEXA INFORME SEGUNDA RONDA DE SEGURIDAD REALIZADA POR MC		Informe Rondas de seguridad	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>2.Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos internos</b>															
<b>Mantener el Sistema integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional.</b>	Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDMI de los municipios	Centros de salud con un sistema integrado de gestión.	Porcentaje de avance en la implementación del SIG en los Centros de Salud.	28,7	30	Director operativo servicios ambulatorios y Asesor de calidad	gestión ambulatoria atención primaria y mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad y Dirección de servicios	0	0	0	0			Informe de actividades	
	Mejorar el cumplimiento de los estándares de habilitación con la normatividad vigente.	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	81	88	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	84	84	84	95,5		Se anexa evidencia de matriz de evaluación	Aplicación lista de chequeo Resolución 3100/2019	
	Diseñar y ejecutar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	1. Plan auditoria para el mejoramiento de la calidad diseñado y ejecutado.	MC-01 Porcentaje de cumplimiento del programa anual de auditorías internas de calidad		100	90%	Asesor de calidad	mejoramiento continuo	Sistema integrado de gestión de calidad.	0	50	50	50	Se realizó auditoria a proveedores externos en el mes de abril de 2022. En el mes de junio se realizó la auditoría interna al SGC. Se anexan los informes. Se programó 4 auditorías en el programa anual al 30 junio se han realizado		MC-01 cumplientoprogramaauditorias
		2. Informe de las auditorías realizadas.														
	3. Plan de acción derivado de las auditorías.															
Seguimiento a los planes de mejora y comités institucionales.	1. Informe de seguimiento a planes de mejora.	Evidencias de los informes socializado en comité MIPG. (4 informes)		4	4	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	1	1	2	50	Se anexa informe a 30 de Junio de 2022		Informes de seguimiento	
	2. Informe de seguimiento de los comités institucionales.															
	1. Autoevaluación de los estándares de acreditación.												En los meses de marzo y mayo de 2022 se crearon los planes de mejora derivados de la	1.Priorización de las oportunidades de mejora		



ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	ORDENADORIA
					2022				I TRIM	II TRIM					
Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente, con una gestión administrativa eficiente.	3. Diseñar e implementar el procedimiento de actualización y despliegue institucional de la normatividad del Sistema de Salud y Seguridad Social en Colombia.	1. Procedimiento diseñado e implementado 2. Colaboradores actualizados en normatividad en salud.	Número de capacitaciones realizadas	10	10	Asesor oficina jurídica	Gestión jurídica	Oficina asesora jurídica	3	1	4	40	1. Se anexa cta CAPACITACION 2. Cronograma		cronograma, actas, lista de asistentes

75

	.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)	DOCUMENTO CONTROLADO
---	---	----------------------

  
**EDWARD ALEXANDER CORTES PUNTES**  
 Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

	<b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>	<b>Código: DE-F-01</b>
		<b>Versión: 02</b>
	<b>PLAN OPERATIVO ANUAL 2022</b>	<b>Aprobado: 2020/09/01</b>


PERSPECTIVA:		<b>RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA</b>													INDICADOR /DARUMA
POLITICAS		<b>1. Política de Responsabilidad Social</b> <b>2. Política del sistema Integrado de gestión</b> <b>3. Política Plan estratégico de seguridad vial.</b> <b>4. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.</b> <b>5. Política de comunicaciones.</b>													
OBJETIVO ESTRATÉGICO		<b>1. Desarrollar relaciones laborales motivadoras con los colaboradores y sus familias.</b>													
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
	Crear un Programa que patrocine la finalización de estudios técnicos, a través de convenios interinstitucionales.	1. Creación de programa 2. Convenios institucionales formalizados.	Programa elaborado y aprobado	0	1	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	0	0	0	0		En Proceso. Se encuentra en proceso de formalización en daruma, se obtuvo base de datos mediante caracterización realizada, sigue concretar el convenio, difundir el programa y contactar a las personas	NA
	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	Aprobación por la gerencia Espacio físico con infraestructura y dotación para aprendizaje virtual y Espacio creado en la pagina web como aula virtual	Porcentaje de avance del proyecto del Aula de aprendizaje	0	50	Medico general Hospitalario	Gestión hospitalaria	Subgerencia científica	0	0	0	0		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	
	Liderar un programa de capacitación continua al personal asistencial interno y externo, certificado por el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Programa de capacitación continua formulado e implementado	Cobertura del plan de capacitaciones	82,5%	80	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	89,6	0	<b>89,6</b>	<b>100</b>	registro indicadores a marzo 2022	Se logró capacitar al 84% del personal proyectado según plan de capacitaciones del segundo trimestre de 2022.	<u>TH-01 COBERTURA PLAN DE CAPAC.</u>
		Seguimiento y evaluación de la efectividad del programa realizado	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación	98,9%	70				100	0	<b>100</b>	<b>100</b>	registro indicadores a marzo 2022	En el segundo trimestre de 2022 se programaron un total de 14 capacitaciones y todas fueron realizadas conforme al seguimiento del plan de capacitaciones 2022	<u>TH-04 plan capacitado ejecutado</u>

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES
					2022				I TRIM	II TRIM				
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	Fortalecer el funcionamiento del sistema de gestión para la salud y la seguridad en el trabajo.	Estandares mínimos de SST cumpliendo con la norma Resol. 0312 de 2019	Cumplimiento de estandares minimos de SST	88,5	89	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	0	0	0	0	medición anual	A junio de 2022 el cumplimiento de estandares mínimos de SST ha presentado un crecimiento del 0,2% con respecto a diciembre de 202.
	Desarrollar la política para integración de colectivos desfavorecidos.	Colectivos y las áreas de la organización objeto de integración plenamente identificadas (política diseñada)	Nro. Personas vinculadas perteneciente a un grupo desfavorecidos,	50	50	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	0	53,4	53,4	100	De acuerdo a la información obtenida mediante encuesta aplicada al 90% de los	informe reposa en talento humano
		Política implementada	Política creada y aprobada	1	1				1	100	Se crea política mediante resolución 1289 del 24 de diciembre de 2021.	NA		
	Desarrollar las olimpiadas Intrahospitalarias 2020.	Olimpiadas y actividades deportivas, recreativas y culturales	No. de participantes inscritos en olimpiadas intrahospitalarias y otras.	1,102	400	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	0	395	395	98,7	Durante el segundo trimestre se realizaron diecinueve (19) actividades, en las cuales participaron 395 colaboradores, las actas se encuentran publicadas en Daruma (247	1. Se han realizado 28 actividades con fecha de corte 30 junio de 2021, evidencias de encuentra en actas DARUMA. 2. En el mes de julio se realizaron 8 actividades soportadas con las actas No.336,338,346,361,362,364,377 y 378, total participantes 69. agosto 8 actividades soportadas con las actas 384,392,407,408,409,410,425 y 427, total participantes 101 y en el mes de septiembre 9 actividades soportadas con las actas
Clima laboral medido.	Porcentaje de funcionarios satisfechos en el trabajo	87	70					0	87	87	100	Esta medición se realiza cada dos años con la medición del clima laboral que fue medido en 2021.	Como evidencia se adjunta el informe consolidado y analizado de los resultados de la encuesta de clima organizacional realizada a través de medio electrónico y se encuentra disponible en la carpeta de calidad (encuestas	<a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5fJeesattbIDSaPahPIZ7bMQnxxH9MZN_d_aB_infra/closedfor">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5fJeesattbIDSaPahPIZ7bMQnxxH9MZN_d_aB_infra/closedfor</a>

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES
					2022				I TRIM	II TRIM				
	Realizar medición del clima laboral y organizacional.	Intervención de los resultados de la medición	Porcentaje de servicios intervenidos de acuerdo a los resultados de la medición.	60	90	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	0	27,7	27,7	30,7	La meta trimestral es 4 servicios/areas intervenidas. Según el informe de los profesionales de humanización se intervinieron 5 servicios o areas a saber: Banca de sangre, UCIA, UCIN con la estrategia "Apadrina un servicio"	De las 45 áreas del hospital, 27 fueron intervenidas con el apoyo de la Psicóloga Magnolia Viquez, quien realizó actividades lúdicas para tratar temas relacionados con el trabajo en equipo, las relaciones interpersonales y la comunicación asertiva como se puede ver en las actas 112 y 129 del proceso de mejoramiento continuo
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>2. Contribuir a la protección y conservación del medio ambiente.</b>													
	Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.	Estrategias amigables con el medio ambiente implementados	No. De estrategias amigables con el medio ambiente implementados	3	3				0	0	0	0		Se anexa informe y registro fotografico 1. Elaboración de abono organico Compost "Mi primera huerta". 2. Segregación en la fuente y código de colores (GTC 24). 3. □ Eslogan: "Yó Cuido Mí Hospital".
	Vincular la institución a programas de reforestación.	Hospital vinculado a programas de reforestación.	No. De programas de reforestación con los que el hospital se vincule	1	1				0	0	0	0		Actividad que esta Programada para realizarse el dia 12 de octubre de 2021 - Invitación Burbuja Ambiental Ejercito Nacional.
	Fortalecer el reciclaje y el uso sostenible de los recursos naturales.	Campañas educativas a colaboradores y usuarios en segregación en la fuente realizadas.	Porcentaje de residuos reciclados del total generado por la institución	0,83	0,50				0,63	0,5	0,57	100		indicador de tendencia positiva RF-GA-18 <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/153">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/153</a>
		Diferencia de consumo de agua del año actual con respecto al año anterior	2,05	1,0				0,54	0,48	0,51	100		Indicador tendencia negativa RF-GA-09 <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/168">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/168</a>	
		Disminución del gastos en servicios públicos.	Porcentaje de consumo de energía del año actual con respecto al año	23,4	15	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos físicos	Ingeniería ambiental	30,5	16,4	23,5	64		Indicador tendencia negativa <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/167">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/167</a>

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES							
					2022				I TRIM	II TRIM											
Adopción de una Política Verde	Vincular las acciones institucionales de reciclaje con campañas Nacionales	Hospital vinculado con campañas Nacionales de reciclaje y pos consumo.	No. de campañas nacionales de reciclaje con las que el hospital se vincula	1	1				0	0	0	0		Jornada realizada el 28 y 29 de septiembre de 2022. actividad posconsumo (entrega de equipos computo, RAEEs.)							
	Fortalecer la cultura ambiental institucional	1. participación activa en la Semana de la calidad	cumplimiento de los productos	3	3									Activada a realizada el 05 de junio de 2022, se anexa acta							
		2. Implementar la semana ambiental.																			
		3. Vinculación en la celebración del día del medio ambiente.																			
	Avisos educativos publicitarios para uso adecuado de recursos y residuos	No. De áreas intervenidas	4	4	0												0	0	0		
	1. Indicadores realizados y analizados.	Cumplimiento actividades del PIGA	90	90	100												94,1	97,1	100		
2. acciones de mejora realizadas.																					
Reducir la contaminación a través de la eliminación de residuos de un solo uso.	Adquisición de tecnologías para la eliminación de desechables.	% disminución de contaminación por desechables	0	0	Gerente, Profesional universitario de gestión Ambiental	Direccionamiento estratégico, Recursos físicos	Ingeniería ambiental	0	0	0	0		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG								
	Recursos peligrosos gestionados	Proporción de residuos peligrosos generados	41,3	45	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos Físicos	Ingeniería ambiental	35,7	31,3	33,5	100		indicador tendencia negativa	<a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/154">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/154</a>							
Mejoramiento de zonas verdes.	Zonas verdes mejoradas	Proporción de áreas intervenidas	4	4				1	1	2	50	actividad realizada en HDMI 2022 se anexa evidencia fotografica	Zonas verdes mejoradas 1. Union peneya 2. Pueblo nuevo 3.Parqueaderos, frente del HDMI. 4. Centro de salud de Moreia								
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>3.Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.</b>																				

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
Generación de ingresos y Desarrollo de la Comunidad	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción.	Programa de generación de ingresos para provisión de manufacturas creado	No de empresas/persona natural beneficiadas con el programa	2	2	Director Administrativo de Talento Humano y Asesor de Planeación	Dirección estratégica y Dirección de Talento Humano	oficina asesora de planeación y Dirección de Talento Humano	2	3	5	100	En el primer trimestre de 2022 se realizaron compras a 2 pequeños empresarios con motivos de la celebración del día de la mujer. Para el segundo trimestre de 2022 Las compras ascendieron a 20 millones según registros.	parte nombre de las empresa y persona natural	
		Ingresos generados a los beneficiarios del programa	Ingresos (en miles de pesos) generados por el programa	3.500	3.000				0	20.000	20.000	100			
	Unirse a campañas de ayuda para patrocinar el tratamiento de enfermedades.	Hospital vinculado a campañas de tratamiento de enfermedades	No de campañas para tratamiento de enfermedades con las que el hospital se vincula	0	0				NA	0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG			
	Promover proyectos para desarrollar capacidades comunitarias en salud.	Proyectos para desarrollar capacidades comunitarias en salud diseñados e implementados	No. de proyectos desarrollados	0	0				NA	0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG			
	Crear un programa de ayudas (con elementos dados de baja en la institución); para personas desfavorecidas	Programa de ayudas en la institución (elementos dados de baja)	No. de personas beneficiadas en el año	0	2				Almacenista general	Recursos físicos	Almacén General	0	0	0	0
											51				

	Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)	DOCUMENTO CONTROLADO
---	--	----------------------

  
**EDWARD ALEXANDER CORTES PUENTES**  
 Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación





PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2022

Aprobado: 2020/09/01

PERSPECTIVA:	APRENDEZAJE Y DESARROLLO													INDICADOR/DARUMA	
POLITICAS	1. Política de Humanización 2. Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI. 3. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 4. Sistema de gestión documental. 5. Política de comunicaciones.														
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Incrementar el compromiso y competencias de los colaboradores.														
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2022	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)		OBSERVACIONES
									I TRIM	II TRIM					
Fortalecer la formación integral en el lugar de trabajo.	Gestionar con universidades o instituciones educativas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua.	1. Temas y grupos objetivos seleccionados para capacitación continua 2. Universidades o instituciones seleccionadas para el establecimiento de convenios de formación	No. de convenios establecidos para formación continua del talento humano	1	1	Director Administrativo o Talento Humano	Talento Humano	Dirección de talento humano.	0			0		Se suscribió convenio de formación académica no formal con QUIRON entrenamiento en salud S.A.S. con el fin de priorizar las capacitaciones dirigidas al personal misional.	NA
	Realizar programa de capacitación continua, garantizando la certificación de competencias y cumplimiento de estándares de habilitación.	1. Necesidades de formación, educación y entrenamiento permanente establecidas 2. Programa de capacitación conformado	Cumplimiento plan capacitación del eje de Requisitos de Habilitación	100	100				0	100	100	100	En el segundo trimestre de 2022, se programaron 3 capacitaciones del eje de habilitación, las cuales fueron realizadas.		
		3. Fichas Técnicas elaboradas	porcentaje de certificados de personal para											Para el segundo trimestre se obtuvieron un total	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
		4. Programa de capacitación evaluado	cumplimiento de estándares de habilitación	38	40				0	40	0	100	de 49 certificados pertenecientes a las formaciones de primeros auxilios para		
	Fortalecer los convenios docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud.	1. Convenios firmados y legalizados 2. Programas de la salud bajo convenio, activos	No. de Programas docencia servicio activos	3	2	Subgerente científico	Gestión Hospitalaria	Subgerencia científica	0	0	0	0		1. Convenio universidad cooperativa de colombia practicas en psicologia modalidad pregrado y posgrado. 2. Convenio con la universidad autonoma del caribe prácticas programa de Derecho.	
	Ejecutar el programa de inducción y reinducción.	1. Procedimiento actualizado 2. procedimiento implementado 3. Procedimiento evaluado	Cobertura del programa de Inducción y Reinducción	98,1%	80%	Director Administrativo Talento Humano	Talento Humano	Dirección de talento humano.	100	100	100,0	100			<a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/122">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/122</a>
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>2. Fortalecer una cultura organizacional orientada a la seguridad y Humanización del Servicio.</b>														
	Seguimiento al Programa de seguridad del paciente MC-Pg-03 para fortalecer la cultura institucional.	1. Medición del clima de seguridad realizado por medio de la Encuesta de Clima de Seguridad dispuesta a todos los funcionarios en la ruta <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1kShGZoAkijS6yzjsN2DTqhMviJ4VlqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1kShGZoAkijS6yzjsN2DTqhMviJ4VlqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform</a> . 2. Informe de la medición del clima de seguridad en sus 8 dimensiones. 3. Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	100%	80	Asesor de calidad	mejoramiento continuo	Sistema Integrado de gestión de calidad	0	0	0	0	En el II semestre de 2022 se aplicará la encuesta de clima de seguridad.	Evidencia: Informe de medición de la Encuesta de Clima de Seguridad. En el mes de noviembre y diciembre se aplicó la encuesta de Clima de Seguridad dispuesta a todos los funcionarios en la ruta establecida. Los resultados no arrojaron hallazgos, ni inconformidades que deriven planes de mejora. Evidencia: Informe de medición de la Encuesta de Clima de Seguridad. se realiza cada dos años.	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
Gestión del talento humano con énfasis en la humanización y seguridad en la atención	Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.	1. Rondas de seguridad del ambiente físico realizadas 2. Condiciones inseguras del ambiente físico encontradas y gestionadas	Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Subgerente Administrativo y financiero	Recursos físicos, tecnológica información	Recursos físicos, tecnológica información	0	0	0	0			
	Capacitación y formación de los colaboradores en humanización y seguridad de la atención.	1. Humanización y seguridad de la atención dentro del programa de capacitación institucional. 2. Funcionarios capacitados en humanización y seguridad de la atención.	No. Capacitaciones realizadas/No. Capacitaciones programadas	5	5	Director de talento humano y Asesor de calidad	mejoramiento continuo,	sistema intergado de gestión de calidad	0	21	21	100	En conjunto con el proceso de mejoramiento continuo, durante el primer trimestre se adelantaron 20 capacitaciones en humanización y socialización del programa institucional, para el		
	Realizar las acciones correctivas y sancionatorias de actos donde los colaboradores vulneren los principios de humanización y seguridad.	Disciplinarios abiertos a responsables de actos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención	Numero de procesos abiertos /número de quejas o informes presentados	100	100	Asesor control Interno disciplinario	control interno disciplinario	control interno disciplinario	100	100	100	100	se anexa informe oficina CID	1. Se anexa evidencia informe de procesos aperturados con relación a quejas por temas de Humanización y seguridad	
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>3.Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.</b>														
	Mantener y disponer de equipamiento para la prestación de servicios de salud seguros, en	1.Diagnóstico de renovación de la tecnología biomédica actualizado. 2,Hojas de vida de equipos biomédicos actualizadas	Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	90,1%	85				95.2	100	97,6	100		1. Hoja de vida equipos actualizadas junto con reportes de mantenimiento preventivo 2. Anexo del plan mantenimiento y cronograma RF-13 INDICADOR	<a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/65_RF-13">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/65_RF-13</a>

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2022				I TRIM	II TRIM					
Fortalecer la gestión de la tecnología Biomédica	la sede principal y centros de salud.	3. Plan de Mantenimiento formulado e implementado	Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de los Equipos Biomédicos.	5,7	3	Profesional universitario de ingeniería biomédica	Recursos físico	Ingeniería biomédica	4,3	3,08	3,69	81	indicador en días	1. Hoja de vida equipos actualizadas junto con reportes de mantenimiento correctivo 2. indicador (días). 3. Para el tercer trimestre se evidencia aumento en el tiempo de respuesta debido a la demora en el proceso de adquisición e importaciones de repuestos e insumos. RE-03 INDICADOR	<a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135_RF-03">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135_RF-03</a>
	Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la	modelo de gestión de la tecnología biomédica diseñado e implementado	modelo de gestión de la tecnología biomédica del HDMI	1	1				1	100	Documento elaborado evidencia DARUMA RF-M-05 version 1.				
	Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar las acciones de mejora.	Indicadores formulados y analizados	numero de indicadores implementados	2	2				2	100	Indicadores implementados, seguimiento oportuno				
<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>	<b>4. Desarrollar y optimizar las tecnologías, para garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.</b>														
Fortalecer la interface y parametrización del sistema de información hospitalaria y demás registros asistenciales y administrativos, con el fin de mejorar la calidad del dato.	1. Software Institucionales actualizados, parametrizados e integrados para la función asistencial.		Porcentaje de avance de actualización e integración de los sistemas de información.	80	100	profesional universitario de sistemas	tecnología e información	sistemas informáticos	0	0	0	0		1. Contratos legalizados con SYAC, IMEX, TIQAL, COMODATO ANNAR. 2. Ingeniero de SYAC en sitio, (capacitaciones, parametrización). 3. Actualización total e integración programada para 02 dic /2021 3. Aplazamiento integración de	SE ANEXA INFORME DE MANTENIMIENTO Y COMPRAS
	Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la producción de información confiables en la sede principal y	1. Plan de compras y adquisición programado y ejecutado. 2. Plan de Mantenimiento		Porcentaje de ejecución del Plan de compras y adquisiciones anual, plan de mantenimiento	100	70	Subgerente Administrativo y profesional universitario de sistemas	Apoyo	Subgerencia Administrativa	35	2	37	53	1. Proyección del plan de compras \$695 millones, de los cuales a 30 de junio se han ejecutado \$357 millones. 2. Proyección del plan de mantenimiento \$365 millones, de los cuales se han	



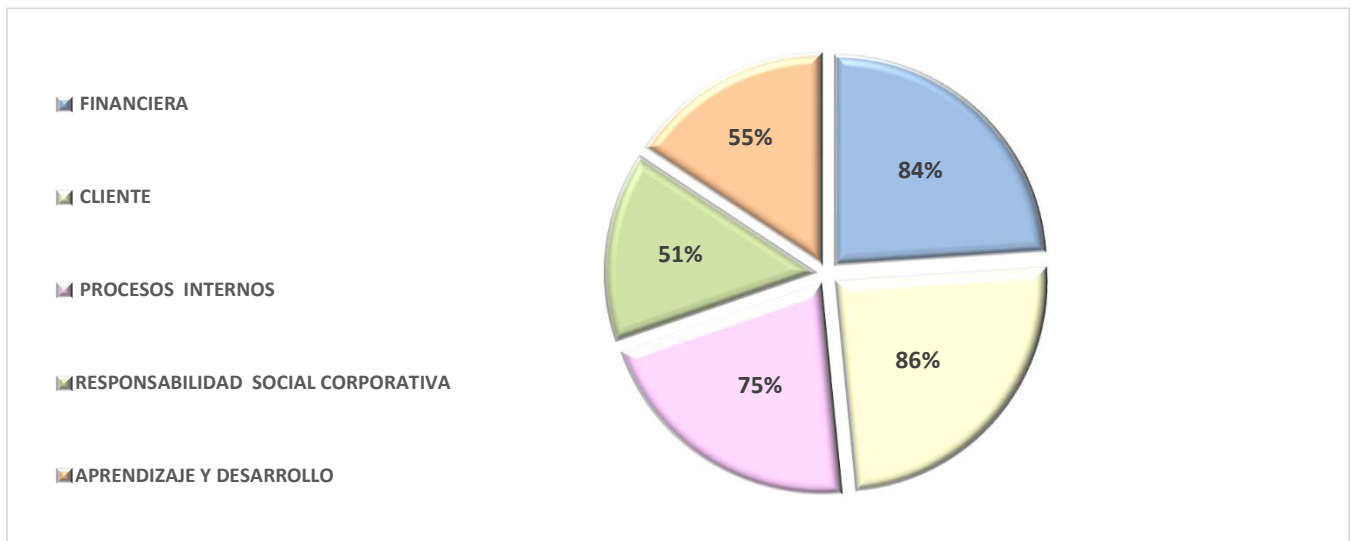
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2022		TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES
					2022				I TRIM	II TRIM				
	Identificar las fuentes de información para el cálculo de los indicadores de gestión y proceder con su desarrollo e implementación.	Fichas técnicas de los indicadores institucionales actualizadas. Informe de seguimiento de los indicadores institucionales. Informe de cumplimiento con los elementos del análisis de un indicador.											en el comité de MIPG.	
	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del software y hardware de los sistemas de la información.	1. Actualización de políticas de seguridad. 2. Socialización de políticas de seguridad del software y hardware. 3. Informe de actividades gestionadas, para garantizar la seguridad de la información.	cumplimiento del producto esperado	3	3	Profesional universitario de Sistemas	tecnología e información	sistemas informáticos	1	1	2	50	1. Se anexa acta de socialización de la política de seguridad de la información 2. Informe de actividades realizadas para garantizar la seguridad de la información 3. Se realiza modificación del producto esperado y las metas.	1. Actas de socialización de políticas de seguridad de la información 2. Informe de actividades a 30 dic /2021 3. Se realiza modificación del producto esperado y las metas.
<b>TOTAL</b>												<b>55</b>		

	.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)	DOCUMENTO CONTROLADO
---	---	----------------------

  
**EDWARD ALEXANDER CORTES PUENTES**  
 Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

PERSPECTIVA	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	84
CLIENTE	86
PROCESOS INTERNOS	75
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	51
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	55
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>




**EDWARD ALEXANDER CORTES PUENTES**  
Asesor de Planeación