

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 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES				
					2023				III 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)	96	80	Subgerencia Científica y Asesor de Planeación	Gestión Hospitalaria, Gestión Quirúrgica, Dirección de planeación estratégico	Dirección de servicios hospitalarios y oficina asesora de planeación	110,15	110,15	100	Informe estadístico HC Indigo cristal y Dinámica gerencial		Informe trimestral (fuente: Informe estadísticos/historia clínica Indigo y dinámica gerencial)			
			Promedio estancia Paciente (Institucional y por servicio)	2,9	3				3,14	3,14	96						
			Giro Cama	9,5	8				10,14	10,14	79						
						Proporción de Cancelación de Cirugía (programada)	0,49	2	Enfermero Cirugia	Gestión Quirúrgica,	cirugia	2,65	1,49	100			GQ-256-02cancelacioncirugia
						Razón Corriente	3,7	2	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	5,5	5,75	100			GF-01 razon corriente
						Solidez Financiera	2,81	2		Gestión financiera	Contabilidad y Costos	3,46	3,53	100			GF-08 solidez financiera
				Margen de rentabilidad	12,35	12	Profesional universitario de Costos	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	3,26	12,65	100	tercer trimestre se genero rentabilidad del 3,2.	revisar utilidad con contabilidad	GF-20 margen rentabilidad		
	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	55,7	58	Asesor de Planeación y Tesorería General	Dirección de planeación estratégico y Gestión financiera	Oficina asesora de planeación y Tesorería general	40,5	40,50	69,8	Indicador diligenciado en el DARUMA, no acorde con la realidad. Información Ejecución de Ingresos a 30 septiembre de 2023. venta: 100,651.811,159 y recaudo \$40.837.555.4856		http://192.168.1.14/app.php/indicador/view/id/263 GF-11			
OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.													INDICADOR/ DARUMA		
	Mejorar los procesos de costos, contratación y mercadeo;	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	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	4	8	67	Informe presentados agosto 2023 .		G-21 Informe Costos			

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META		RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	DARUMA
					III TRIM										
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	optimizando la gestión administrativa y financiera.	2.Gastos de operación medidos por cada centro de	Participación del costo del recurso humano en el costo total.	57,6	68	costos	mantenencia	costos	68,8	65,83	100	Indicador registrado : Agosto de 2023			GF-19 costo recurso humano
		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	2,4	2,5	profesional universitario de facturación	Gestión financiera	Auditoria cuentas médicas	3,65	1,47	100	en el tercer trimestre presenta un cumplimiento del 68,5%		GF-14 control de Ingresos	
			Radicación a cartera del valor facturado	94,2	95		Gestión financiera	Cartera	79	91,57	96	en el tercer trimestre presenta un cumplimiento del 83%		GF-12 Radicación a Cartera FAC	
			Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera	93,8	90	técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	99	95,53	100			GF-27 radicación entidad	
			Rotación de cartera	1,27	5	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	0,00	0,96	19			GF-10 rotacion cartera	
			Porcentaje de recuperación de cartera.	41,4	25	Tesorero general y técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	49,6	49,60	100			GF-03 recuperacion cartera	
			porcentaje de cartera conciliada	73,7	35	Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	59,42	65,11	100			GF-23	
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	86	90	profesional especializado de cuentas medicas	Gestión financiera	Auditoria cuentas médicas	106,5	96,9	100			GF-06 respuesta objeciones	
			Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	2,8	6				1,53	2,01	100			GF-04 objeciones definitivas	
porcentaje de conciliación de glosas en el periodo	NA	0	0	0,00	0				No existe indicador en daruma, no existe evidencias de % de conciliacion de glosas		pendiente ficha técnica Daruma				
TOTAL												86			



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

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 IAM. 5. Política de comunicaciones.												
OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.												
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023 III TRIM	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
			Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia	3,05	5				0,00	7,3	68	Indicador cargado a julio de 2023	GAA-PLG-256-44EX , indicador plan de gestión meta 8 días	http://186.118.16.8.204/app.php/indicador/view/id/208
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecología	3,44	7				4,8	6,4	100		GAA-256-43-EX, tendencia negativa	http://186.118.16.8.204/app.php/indicador/view/id/207
		1. Indicadores analizados para evaluar la calidad en la atención definidos y metas establecidas para medir oportunidad en los servicios.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugia General.	9,86	15	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	6,5	9,6	100		GAA-256-45-EX	http://186.118.16.8.204/app.php/indicador/view/id/209
		2. informe de seguridad del paciente (reporte, análisis y acciones de mejora).	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	4,5	5				1,7	2,6	100		GAA-PLG-256-42EX, indicador plan de gestión meta 5 días	http://186.118.16.8.204/app.php/indicador/view/id/206
		3. Programa de Humanización actualizado.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	10,1	10				7,8	8,06	100		GAA-PLG-256-41EX, indicador plan de gestión meta 15 días	http://186.118.16.8.204/app.php/indicador/view/id/205
	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	4. Planes de acción para mejorar la calidad en la atención implementados.	% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente	98,0	100	profesional universitario SIAU	Servicio de información y atención	SIAU	100	100	100			SIAU-001 PORCENTAJE QUEJAS RECLAMOS

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
									III TRIM					
Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.		5.Comité de seguridad del paciente, MIPG, efectivo en la toma de decisiones.	porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida.	92,0	85	Profesional universitario laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	93,5	94	100			LC-02 oportunidad exámenes validados.
			Oportunidad resultados TSH Neonatal	98,3	95				100	95,6	100			Oportunidad resultados TSH Neonatal LC-10
			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	25,9	24	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	36,9	32,10	75		Resultado en horas, tendencia negativa	IM-04 oportunidad entrega rayos X
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	0,36	3	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	0,35	0,35	100		Resultado en días	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/126 IM-256-07-EX
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	93,4	90	profesional universitario atención al usuario	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	94,1	94,1	100		Procedimiento Evaluación de la satisfacción del usuario con la prestación de los servicios asistenciales.	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS SIAU 256-46 EXT
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, alcance, indicador de efectividad.	Proporción Global de colaboradores comprometidos con la institución.	92,0	70	Director Administrativo de talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	0	0,00	0			Se mide a través del reporte de Encuesta Virtual se anexa informe
			Efectividad de los canales de difusión	0	90	Asesor de planeación	Dirección de planeación	Asesor de Planeación	79,5	79,5	88		Como parámetro de medición a la efectividad de nuestros canales de difusión externos, se decidió medir el crecimiento de	revisar indicador
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	18	60	Tesorero general	Gestión financiera	Tesorería general	0	18,67	100	la medición tercer trimestre en DARUMA no es acorde con la realidad.		http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/319
		2.Medición y análisis de rotación de cuentas por pagar a proveedores.	Oportunidad en el pago a proveedores	129	190				0	27,91	100		Indicador (días) tendencia negativa GF-25, en días	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/320
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Lograr la efectividad en el proceso de Atención.													
	Evaluar la adherencia a guías	1.Instrumentos de medición y evaluación aplicados de acuerdo al cronograma establecido por el proceso Mejoramiento Continuo.	Proporción de Adherencia a	90,1	85	Asesor de	Dirección de	Sistema integrado de	0	91,00	100	Indicador a Junio su medición es cada 6	Indicador semestral MC-PS-	Adherencia

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABLE	PROCE SO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
Evaluación de resultados de atención en salud.	y protocolos.	2. Acciones de mejora formuladas e implementadas según los resultados de la medición y evaluación aplicada a las adherencias a guías y protocolos.	Protocolos			calidad	estrategico	gestión de la calidad				meses	01, se mide cada 6 meses	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 mejora.	Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	95,5	70	Director Administrativo	Telento Humano	Dirección de Talento Humano	100	92,97	100			TH-04 plan capacitado ejecutado
			cobertura del plan de capacitaciones	83,3	80				110,1	101	100		TH-01 cobertura plan capacitado	
			Porcentaje de personal evaluado	97,6	100				98,2	98,47	98		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	Se evidencia actas de capacitación	1. Se evidencia Cronograma anual de capacitaciones 2. Actas de capacitación y resgistros Evidencias en Diagrama y	
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	94,4	95,6	100		Indicador Registrado a partir de septiembre de 2021. (muestra Total de cirugías programadas realizadas de ginecología y obstetricia)	SIAU-PLG 05	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Fortalecer la gestión del Recurso físico y logístico.													
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	100	100					0	100	100		1. Estudios entregados al Ministerio de Salud 2. Viabilidad técnica expedida por el Ministerio el día 29 de junio de 2022 radicados:	NA
										100	100		1. Resolución No. 1940/2020 por valor de \$3.469.779.590 MINSALUD 2. Ejecutados mediante contrato	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABLE	PROCE SO	AREA	RESUL TADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III 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.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100					100	100		1. Ejecución del proyecto de Dotación de equipos Gobernación de Caquetá, (se evidencia comprobantes.	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		Ejecutado mediante contrato No. 00990 de 2020. CARPEIA UCI ADULTOS. \$2,314,954,631,00	UI
	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		Asignación de Recursos por el Ministerio de Salud Resolución No. 3373 de 2019 por valor de \$717.000.000,00, ejecutado mediante	NA
	Gestión del proyecto para la dotación del Servicio de Obstetricia 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			NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100					100	100			1. Resolución No. 1940/2020 por valor de \$3.469.779.590
	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					100	100		2. Ejecutados mediante contrato No.00516 2021 Dsitrisalud por valor de \$3.468.053.390	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100					100	100		3. contrato No.00733 de 2021 Fresenius Medical por valor de \$41.970.805.	NA
	Fortalecimiento de la Dotación del Servicio de radiología e Imágenes Diagnosticas 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			NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100					100	100			NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES				
					2023				III TRIM								
Gestión y Ejecución de Proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria	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. 2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100	Asesor de planeación	Dirección estratégico	oficina Asesora de Planeación		100	100		1. Contrato de outsourcing del resonador magnético, elaborado y legalizado. Contrato No.001 de 14 de octubre de 2020. 2. Obra	NA			
	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	0		NA				
		2.Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0%				0	0	0		NA				
	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							0	100	100		Contratación del profesional especializado No. 786 DE 2021 Peditra /Centro de estudios	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	50							0	0	0		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							0	100	100		Se anexa evidencia aprobación del Proyecto registrado en la	NA
		Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100							0	80	80		ELABORADO EN METODOLOGIA MGA CON PREVIOS	NA
	Adquisición de (1) ambulancias de transporte asistencial medicalizado para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado, radicado a la Secretaría de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social . (ambulancia Basica).	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100							0	100	100		1. PROYECTO CON VIABILIDAD TECNICA POR EL MINISTERIO DE SALUD. 2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS RESOLUCIÓN NO. 2538 DE /2022.	NA
		1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100							0	50	50		3. ESTUDIOS PREVIOS Y PROCESO CONTRACTUAL.	NA
	Gestión para la adquisición de ambulancia de transporte Asistencial Básico, para el Hospital Departamental	Proyecto elaborado, radicado a la Secretaría de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social .	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100							0	100	100		1. PORYECTO CON VIABILIDAD TECNICA POR EL MINISTERIO DE SALUD. 2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
	María Inmaculada / Centro de Salud de la UNION PENEYA.	1. Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				0	50	50		RESOLUCIÓN NO. 2538 DE /2022. 3. ESTUDIOS PREVIOS Y PROCESO CONTRACTUAL.	
	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	NA	100				0	0	0		PROYECTO FORMULADO, PENDIENTE APROBACIÓN JUNTA DIRECTIVA	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50				0	0	0			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	50	100				0	50	50		1. PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA 2. PROYECTO PRESENTADO A SSDC 3. DEVUELTO POR ANEXO	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	50	100				0	50	50		evidencia de radicado ante el Ministerio de Salud del proyecto "Dotación de equipos industriales de	
		Contrato de suministro realizado, ejecutado y puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50				0	0	0		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA URC	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	NA	100				0	50	50		1. PROYECTO FORMULADO	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				0	100	100		Se evidencia en la plataforma plan bienal Ministerio de Salud.	
		Proyecto elaborado y presentado a las diferentes fuentes de financiación	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				0	100	100		1. PROYECTO ELABORADO Y PRESENTADO A LA SECRETARIA DE SALUD DE SALUD.	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	100				0	10	10		2. PROYECTO DEVUELTO POR LA SSD POR CONCEPTO	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
									III 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	48	100	Gerente y Profesional universitario de mantenimiento hospitalario.	Recursos físicos	Mantenimiento Hospitalario	0	0	0		contrato elaborado y ejecutado (Legalización 5) predios). No.0807 de 2020. 1. Morelia 2. Unión Peneya 3. Agua Bonita 4. Barrio alternativo de	NA
	Mejoramiento de la infraestructura física de los servicios asistenciales y áreas administrativas de HDML.	Plan de mantenimiento elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento plan de mantenimiento (infraestructura)	100	50		Recursos físicos		0	30	60			NA
	Adquisición de equipamiento industrial, para el servicio de apoyo de Alimentación del HDML.	Proyecto elaborado, gestionado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50	Asesor de planeación	Dirección estratégica	oficina Asesora de Planeación	0	30	30		1. PROYECTO FORMULADO.	NA
		contrato elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	100				0	0	0			NA
	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos 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	0,0	0	No existe envia evidencia		NA
	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	100	80				0	0	0	No existe envia evidencia		NA
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Ampliar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad.													
		1. Portafolio actualizado 2. Servicios ofertados 3. Proyectos de infraestructura, dotación, outsourcing elaborados, gestionados y ejecutados.											1. Portafolio de servicios actualizado y publicado pagina web HDML y Daruma-portal información institucional	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
					2023				III TRIM						
Mejorar la capacidad instalada de acuerdo a la morbilidad 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.	4. servicios habilitados.	número de nuevos servicios ofertados	2	2	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	1	1	50		version 2 2. Certificación de Servicios ofertados REPS. actualizada. ****2020 1.Nefrología, 2.Neurocirugía 3.Cardiología pediátrica. 4.Neuropediatría, ----Cirugía artroscopica	NA	
TOTAL											71				



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		Código: DE-F-01
			Versión: 02
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2023		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	LINEA BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023 III TRIM	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
	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	0,40	1,5	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema integrado gestión de calidad	0,16	0,22	100		tendencia negativa, indicador en %	MC-PS-04 paciente no identificado	
Tasa De Eventos Adversos Institucional			7,3	10	5,4				5,20	100		Indicador de tendencia negativa/...10 por cada 1000	MC-SP-20 eventos adversos		
Proporción Reporte de Eventos de Seguridad			76,5	70	76,06				78,58	100		Resultado positivo, respecto al la cultura del reporte. Indicador de	MC-SP-21 Reportes Evento adverso		
Razón de Eventos de Seguridad			9,74	15	6,7				8,12	100			MC-SP-22 Razón evento adverso		
Tasa de Infección intrahospitalaria			0,17	1	Profesional universitario Epidemiología	Gestión Hospitalaria	Dirección de servicios Hospitalarios	0,32	0,17	100	Indicador registrado Agosto 2023		Indicador tendencia negativa	GUO-007 Infección intrahospitalaria	
Razón de Mortalidad Materna			0	1				0	0,00	100					GUO-006 mortalidad materna
Evaluación De Aplicación De Guía En El Manejo De Los Trastorno Hipertensivos En Gestantes			98,5	90	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema integrado gestión de calidad	99,18	97,65	100					MC-PLG-SP-12-1 Aplicación GMTHG
Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes			97,4	90				94,87	89,32	99				MC-PLG-13E Evaluación Guía MCR	
Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,16	0,80	Profesional Universitario Bacteriólogo	Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	0,09	0,12	100				Indicador en porcentaje, tendencia negativa	LC-04 muestra no cumpliendo criterio calidad		

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
					2023				III TRIM						
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,23	0,50	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión	0,43	0,26	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. Auditoria concurren de servicios de salud	Porcentaje de pacientes con Estancia en el Servicio de Observación de urgencias mayor 24 hrs	16,5	20	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	0,84	0,34	100		indicador tendencia negativa	GUO-05 estancia observacion	
			Oportunidad para la ejecución del plan terapéutico en la atención inicial de urgencias de pacientes clasificados como	35,6	60	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	29,5	37,69	100		Indicador resultado en minutos	GUO-03 oportunidadatencion Urgencias	
			Faltantes de productos en la farmacia según pedido solicitado en un periodo.	7,9	10	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios	6,3	11,80	84,7		porcentaje SF-08	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/308	
			Porcentaje de medicamentos e insumos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	1,3	2	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambul	1,07	1,2	100		porcentaje SF-05	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/249	
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	0,91	0,95	Subgerente científico	Misionales	Servicio de cirugía y urgencias	0,97	0,96	100		indicador cargado hasta el mes de agosto de 2023	Indicador SC-PLG-14 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN.	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/176
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	94,6	92	Médico General Hospitalización	Gestión hospitalaria	Servicio de hospitalización I,II,III	93,03	94,44	100			GH-PLG-16 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN, tendencia positiva	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/25
	Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en la prestación de servicios, mediante la realización de rondas de seguridad.	1. Rondas de seguridad.		Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Asesor de Calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	1	2	50	Evidencia acta No. 158 de 19 de Julio de 2023	Informe Rondas de seguridad	
		2. evidencia acciones inmediatas													
	OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos Internos													

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
					2023				III TRIM						
Mantener el Sistema integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional.	Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDM de los municipios de Morelia y La Montaña.	Centros de salud con un sistema integrado de gestión.	Porcentaje de avance en la implementación del SIG en los Centros de Salud. Cronograma elaborado y ejecutado	15	50	Director operativo servicios ambulatorios y Asesor de calidad	gestión ambulatoria atención primaria y mejoramiento continuo	Sistema Integrado de gestión de calidad y Dirección de servicios ambulatorios	37	37	74		cronograma ejecución de cronograma asignación de apoyo en el proceso de implementación por parte de la oficina de calidad.	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.	90	92	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado de gestión de	81	81	88	No existe evidencia		Aplicación lista de chequeo Resolución 3100/2019	
	Diseñar y ejecutar el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	1. Plan auditoría 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	1	33,3		1. Se anexa programa anual de auditorías	MC-01 cumplimiento programa auditorías
		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 de gestión de calidad	1	3	75	Se anexa Informe 3 trimestre pde socializar en comité		Informes de seguimiento	
	2. Informe de seguimiento de los comités institucionales.														
Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación cumpliendo con la Resolución 5095 del 2018.	1. Autoevaluación de los estándares de acreditación.	Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejora de la Autoevaluación de los estándares de acreditación		78	90	Asesor calidad	Mejoramiento continuo	Sistema integrado de gestión de calidad	4	4	4,4			1. creación del indicador 2. evaluación semestral MC-PLG-02	
	2. Planes de mejora realizados de la Autoevaluación de los estándares de acreditación.														
	3. Seguimiento a los planes de mejora.														
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Mejorar la eficiencia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.														
Modernizar la Planta de	Realizar, adoptar e implementar el Estudio Técnico de los cambios en la Planta de Personal, para optimizar el	1. Estudio técnico realizado e implementado.	Estudio técnico y actos administrativos de los cambios de la planta de personal	1	1					1	100		Acuerdos de modificación planta de personal (archivo de gerencia y talento Humano)		

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
Personal de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para fortalecer procesos, áreas y optimizar el Talento Humano.	Realizar, adoptar e implementar cambios en la Estructura Organizacional, de contratación y de procesos para Fortalecer, Unificar y centralizar los procesos de contratación.	1. Estructura organizacional actualizada resultado del estudio técnico	Estructura organizacional aprobada y publicada.	0	1	Director Administrativo de talento humano	Talento humano	Dirección de talento humano		0	0		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	NA
		1. Acto administrativo de creación de la oficina de contratación, de acuerdo a la estructura organizacional y resultado del estudio técnico.	Acto administrativo de creación de la oficina de contratación	0	1					0	0		ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Identificar e intervenir los riesgos en los procesos.													
Fortalecer el Sistema de gestión del Riesgo.	1. Designar un líder para el seguimiento y control al programa de riesgos institucional.	Cronograma de actividades diseñado e implementado, incluido asistencia técnica a líderes de proceso.	1. Cronograma diseñado	3	3	Asesor de Calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	0	3	100	Se anexa ctas de asistencia técnica, informes a 30 de septiembre de 2023	1. Se anexa cronograma de capacitaciones de Riesgos 2. Se anexa acta de socialización 3. Acta de seguimiento a Riesgos	NA
	2. Diseñar cronograma de capacitación en riesgos.		2. Cronograma ejecutado	4	4				1	2	50	Se anexa Informe 1 y 2 trimestre se socializó en comité del 16 de agosto de 2023	Se anexa informes de riesgos presentado al comité y socializado	informes
Fortalecer el cumplimiento de la normatividad vigente, con una gestión administrativa eficiente.	3. Realizar los análisis para las acciones de mejora y la toma de decisiones frente a la materialización de los riesgos.	1. Riesgos Analizados y gestionados.	Informes analizados y gestionados ante comité de MIPG frente a la materialización de los riesgos.											
	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	Número de capacitaciones realizadas	10	10	Asesor oficina jurídica	Gestión jurídica	Oficina asesora jurídica	0	3	30			cronograma , actas, lista de asistentes

78

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

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

Aprobado: 2020/09/01

PERSPECTIVA:		RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA												INDICADOR/D ARUMA
POLITICAS		1. Política de Responsabilidad Social 2. Política del sistema Integrado de gestión 3. Política Plan estratégico de seguridad vial. 4. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas. 5. Política de comunicaciones.												
OBJETIVO ESTRATÉGICO		1. Desarrollar relaciones laborales motivadoras con los colaboradores y sus familias.												
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III 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		En Proceso, Se encuentra en proceso de formalización en daruma, se obtuvo base de datos mediante	NA
	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	1. Aprobación por la gerencia 2. Espacio físico con infraestructura y dotación para aprendizaje virtual y presencial 3. 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		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	100	80	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	110,1	101	100	revisar indicador		TH-01 COBERTURA PLAN DE CAPAC.
		Seguimiento y evaluación de la efectividad del programa realizado	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación	95,5	70				100	92,9667	100			
	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	92,7	89	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	0	92,7	100			

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	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.	53,4	50	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	50	50	100	Se vincularon 188 colaboradores perteneciente al grupo de jóvenes de 18 a 28 años, así mismo, a mujeres madres cabeza de hogar.	informe reposa en talento humano	
		Política implementada	Política creada y aprobada	1	1				0	100	100		NA	
	Desarrollar las olimpiadas intrahospitalarias 2020.	Olimpiadas y actividades deportivas, recreativas y culturales	No. de participantes inscritos en olimpiadas intrahospitalarias y otras.	930	400	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	307	1.686	100	Durante el mes de julio participaron 180 colaboradores según actas No. 456, 459, 463, 470 y 487, durante el mes de agosto participaron 100 colaboradores según actas Nos. 529, 528, 532 y 550 y durante el mes de septiembre participaron 27		NA
	Realizar medición del clima laboral y organizacional.	Clima laboral medido.	Porcentaje de funcionarios satisfechos en el trabajo	87	70	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	0	87	100	En la actualidad se está realizando el estudio de clima organizacional.	Como evidencia se adjunta el informe consolidado y analizado de los resultados de la	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5freesattbIDSaPahPIZ7bMQnxH9M7Nd-
		Intervención de los resultados de la medición	Porcentaje de servicios intervenidos de acuerdo a los resultados de la medición.	100	90				0	100	100	La meta trimestral son 8 servicios/áreas intervenidas. Durante el tercer se realizaron 9 intervenciones desde el programa de		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Contribuir a la protección y conservación del medio ambiente.													
	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	2				1	4	100	En el mes de julio se realizaron actividades de programas de zonas verdes y otros. Asimismo se hizo visita al predio el recodo y al interior de la institución donde se realizó	Realizar dos actividades de: Fertilización de zonas verdes. Control natural de plagas.	
	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		Integración institucional a una jornada de reforestación en el Dpto.	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
					2023				III TRIM						
Adopción de una Política Verde	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	0,47	0,50	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos físicos	Ingeniería ambiental	1,68	0,66	100	indicador registrado hasta agosto	indicador de tendencia positiva RF-GA-18	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/153	
		Disminución del gastos en servicios públicos.	Diferencia de consumo de agua del año actual con respecto al año anterior	0,58	1,0				0,1	0,13	100	Indicador cargado a Julio de 2023	Indicador tendencia negativa RF-GA-09	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/168	
		Porcentaje de consumo de energía del año actual con respecto al año anterior	15,7	15	39,9				24	62		Indicador tendencia negativa Indicador tendencia negativa RF-GA-14	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/167		
	Vincular las acciones institucionales de reciclaje con campañas Nacionales	Hospital vinculado con campañas Nacionales de reciclaje y posconsumo.	No. de campañas nacionales de reciclaje con las que el hospital se vincula	1	1				0	0,00	0		Adherencia a la campaña nacional de posconsumo.		
	Fortalecer la cultura ambiental institucional	1. participación activa en la Semana de la calidad	cumplimiento de los productos		3				2	1	1	50	Se participa como miembro según el cronograma de organización y se apoya con material reciclable carton a todos los grupos.	Adherencia institucional a la semana ambiental y el día del medio ambiente.	
		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	A través de las TIC's realizar difusión de estrategias.	4	4	1				3	75	Mediante mensajes de wasap, email y un gingle que elaboro el area de publicidad.	definir cantidad para la medición y la evaluación del impacto.			
	1. Indicadores realizados y analizados.	Cumplimiento actividades del PIGA	98,5	90	100				100	100	Indicador trimestre	RF-GA-07	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/84		
	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	Dinamismo estratégico, Recursos físicos	Ingeniería ambiental	0	0,00	0					

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES		
					2023				III TRIM						
	Residuos de un solo uso.	Recursos peligrosos gestionados	Proporción de residuos peligrosos generados	29,7	45	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos Físicos	Ingeniería ambiental	28,06	28,32	100		Indicador tendencia negativa RF-GA-19 tendencia negativa	http://192.168.1.97/app.php/indicador/view/id/154	
	Mejoramiento de zonas verdes.	Zonas verdes mejoradas	Proporción de áreas intervenidas	4	4				1	4	100	Se evidencian acta y registro fotografico acta No. 016, 80, 015, y 123 de 2023			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.														
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 y/o persona natural beneficiadas con el programa	20	2	Director Administrativo de Talento Humano y Asesor de Planeación	Dirección de Talento Humano	Oficina asesora de planeación y Dirección de Talento humano	10	17	100	Se realizaron actividades programadas en el plan de bienestar social como celebración del día del servidor			
		Ingresos generados a los beneficiarios del programa	Ingresos (en millones pesos) generados por el programa	157.000	3.000				12.000	91.000	100	Se realizaron actividades programadas en el plan de bienestar social como celebración del día del servidor			
	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				0	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				0	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	2	2				Almacenista general	Recursos físicos	Almacén General	2	2	100	
											70				

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

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO

Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

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	LINEA BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023 III TRIM	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)		OBSERVACIONES
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 seleccionados para capacitación continua 2. Universidades o instituciones seleccionadas para el establecimiento de convenios de	No. de convenios establecidos para formación continua del talento humano	0	1				1	1	100	Servicio nacional de aprendizaje SENA	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	Cumplimiento plan capacitación del eje de Requisitos de Habilitación	93	100	Director Administrativo Talento Humano	Talento Humano	Dirección de talento humano.	100	100	100	Durante el tercer trimestre de 2023, se programaron 7 capacitaciones del eje de habilitación, las cuales fueron realizadas, manteniendo el indicador.	Matriz plan capacitación TH-F-102	
		2. Programa de capacitación conformado	porcentaje de certificados de personal para cumplimiento de estándares de habilitación	49	60				100	68	100	194 funcionarios fueron certificados por recibir capacitación en el eje de habilitación (ESTRATEGIA IAMI) y 29 funcionarios certificados por el SENA en el curso de ADMINISTRACIÓN DE		
		3. Fichas Técnicas elaboradas												
	4. Programa de capacitación evaluado													
Fortalecer los convenios de 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 de docencia servicio activos	2	2	Subgerente científico	Gestión Hospitalaria	Subgerencia científica	0	0	0		1. Convenio universidad cooperativa de Colombia practicas en psicología modalidad pregrado y posgrado. 2. Convenio con la universidad autonoma del caribe prácticas		
Ejecutar el programa de inducción y	1. Procedimiento actualizado 2. procedimiento implementado	Cobertura del programa de Inducción y	100	80	Director Administrativo Talento Humano	Talento Humano	Dirección de talento	83,58	94,5	100		INDICADOR CARGADO EN DARUMMA TH-05	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/17	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrazos)	OBSERVACIONES
					2023				III TRIM				
	reinducción.	3. Procedimiento evaluado	Reinducción			Humano		humano.					2
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2. Fortalecer una cultura organizacional orientada a la seguridad y Humanización del Servicio.												
Gestión del talento humano con énfasis en la humanización y seguridad en la atención	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. 2. Informe de la medición del clima de seguridad en sus 8. 3. Planes de mejora derivados de los resultados de la	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	100	90	Asesor de calidad	mejora continuo	Sistema integrado de gestión de calidad	0	0	0		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
	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, tecnología información	Recursos físicos, tecnología información	4	4	100		se implemento los turnos Administrativos los fines de semana con el fin de realizar rondas de seguimiento que abarcan ambiente físico talento
	Capacitación y formación de los colaboradores en seguridad de la atención.	1. Cronograma de implementación del programa de Humanización 2. Ejecución del cronograma	Cumplimiento del cronograma establecido para la implementación del programa de Humanización	5	80	Director de talento humano y Asesor de calidad	mejora continuo.	sistema intergado de gestión de calidad	100	100	100		Durante el tercer trimestre de 2023, se ejecutaron las actividades programadas conforme al programa de humanización con una serie de talleres realizados en 9 servicios. Programa se anexa
	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		certificación de control interno disciplinario EN LA VIGENCIA 2023, no se ha aperturado procesos disciplinarios donde se vulnere los principio de humanización y seguridad del paciente
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.												
	Mantener y disponer de equipamiento para la prestación de servicios de salud seguros, en la sede principal y centros	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.	97,1	85				100	98,1	100		1. Hoja de vida equipos actualizados junto con reportes de mantenimiento preventivo 2. Anexo del plan mantenimiento y cronograma RF-13 INDICADOR http://192.168.1.9/app.php/indicador/vjew/id/65 RF-13

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
Fortalecer la gestión de la tecnología Biomédica	de salud.	3. Plan de Mantenimiento formulado e implementado	Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de los Equipos Biomédicos.	4.4	3	Profesional universitario de ingeniería biomédica	Recursos físico	Ingeniería biomédica	11,22	5,6	53		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 número de aumentos.	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135 RF-03
	Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la	modelo de gestión de la tecnología biomédica diseñado e implementado	modelo de gestión de la tecnología biomédica del HDMI	1	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	Indicadores formulados y analizados	numero de indicadores implementados	2	2				2	2	100		Indicadores implementados, seguimiento oportuno	
		plan de mejoramiento formulado y ejecutado												
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Desarrollar y optimizar las tecnologías, para garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.													
Fortalecer la interfase 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.	50	100	profesional universitario de sistemas	tecnología e información	sistemas informáticos	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.	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 centros de salud.	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	75	70	Subgerente Administrativo y profesional universitario de sistemas	Apoyo	Subgerencia Administrativa	0	0	0		El lider de proceso no envió evidencias	
		2. Software implementado e integrados entre la sede principal y centros de salud.	porcentaje de implementación de softwares institucionales en los centros de Salud.	25	50	profesional universitario de sistemas	tecnología e información	sistemas informáticos		25	50		1. Se evidencia integración de los módulos de facturación, inventarios, en lo centros de salud de Morelia.	
	Fortalecer el proceso de auditoría a la Historia Clínica y demás registros asistenciales.	1. Auditoría de historias clínicas y registros asistenciales implementada. 2. Documentar el procedimiento Auditoría de historias clínicas.	Porcentaje de historias clínicas que cumplan con la norma para el manejo de historia clínica.	NA	80	Profesional especializado o auditoria cuentas medicas	gestión financiera	auditoria de cuentas medicas	0	0	0		No existe evidencias	
	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	1. Capacitación en calidad de dato programada y ejecutada 2. Informe adherencia al software de HC	No. Capacitaciones realizadas/No. Capacitaciones programadas	4	4	Asesor de Calidad y Profesional universitario de sistemas de	mejoramiento continuo y tecnología e	sistema integrado de gestión de calidad y	0	1	25		1. se anexa cronograma y evidencia de capacitación 2. Se anexa acta evidencia capac. En calidad del dato. HC	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	RESULTADO 2023	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	III Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)	OBSERVACIONES	
					2023				III TRIM					
Garantizar datos validos que se traduzcan en información confiable que permita generar conocimiento para tomar decisiones	Elaborar acuerdos de confidencialidad entre el hospital y los colaboradores.	1. acuerdos elaborados y firmados.	Porcentaje de acuerdos firmados.	100	100	Director de talento humano y Asesor Jurídico	Talento Humano y Gestión Jurídica	Dirección de talento humano y Oficina Asesora	100	100	100		Formato de Acuerdo de Confidencialidad en cada historia laboral y expedientes contractuales.	Inclusión en listado de chequeo
	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad.	1. Monitoreo y permanente de los indicadores institucionales. 2. Mesas de revisión con los responsables de los indicadores institucionales.	Número de revisiones de indicadores institucionales.	4	4	Asesor de Calidad	Mejoramiento Continuo	sistema integrado de gestión de calidad	1	3	75	Informes presentados por mejoramiento continuo		NA
	Diseñar y aplicar un proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores institucionales.	1. Indicadores objeto de análisis identificados por medio del 2. Instancias de análisis de indicadores establecidas 3. Análisis realizados y Feedback con los procesos.												
	Identificar las fuentes de información para el cálculo de los indicadores de gestión y proceder con su desarrollo e implemenatación.	Fichas técnicas de los indicadores institucionales actualizadas. seguimiento de los indicadores institucionales. Informe de cumplimiento con los elementos del análisis de un indicador												
	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.												
TOTAL											67			



.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

PERSPECTIVA	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	86
CLIENTE	71
PROCESOS INTERNOS	78
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	70
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	67
TOTAL	74

