



PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: DE-F-01

Versión: 02

PLAN OPERATIVO ANUAL 2023

Aprobado: 2020/09/01

| PERSPECTIVA:  |  | FINANCIERA  |  |            |      |   |  |  |   |                     |                       |                   |   | INDICADOR/<br>DARUMA  |     |                             |
|---|--|---|--|------------|------|---|--|--|---|---------------------|-----------------------|-------------------|---|---|-----|-----------------------------|
| POLITICAS   |  | Política de Control y Austeridad en el Gasto.<br>Políticas Contables.   |  |            |      |   |  |  |   |                     |                       |                   |   |   |     |                             |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO  |  | 1. Garantizar la Rentabilidad de la Empresa.  |  |            |      |   |  |  |   |                     |                       |                   |   |   |     |                             |
| ESTRATEGIA  | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPO<br>NSABLE                                   | PROCESO  | AREA   | RESULTADO 2023                            |                     | TOTAL 2023            | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)              |   |     |                             |
|   |  |   |  |            | 2023 |   |  |  | 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.<br>2. Informe de servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados.<br>3. Análisis y acciones de mejora de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado.<br>4. Informe estadístico y de producción por unidad funcional. | Porcentaje ocupacional (Institucional y por servicio)              | 96         | 80   | Subgerencia Científica y Asesoría de Planeación   | Gestión Hospitalaria, Gestión Quirúrgica, Direcciónamiento estratégico | Dirección de servicios hospitalarios y oficina asesora de planeación | 105,2                                     | 111,2               | 108,2                 | 100               | Informe estadístico HC Indigo cristal y Dinámica gerencial  | Informe trimestral (fuente: Informe estadísticos/historial clínica Indigo y dinámica gerencial)                               |     |                             |
|   |  |   | Promedio estancia Paciente (Institucional y por servicio)          | 2,9        | 3    |   |  |  | 2,87                                      | 3,21                | 3,04                  | 100               |   |   |     |                             |
|   |  |   | Giro Cama  | 9,5        | 8    |   |  |  | 10,43                                     | 10,01               | 10,2                  | 78,2              |   |   |     |                             |
|   |  |   |  |            |      | Proporción de Cancelación de Cirugía (programada) | 0,49   | 2  | Enfermería o Cirugía                      | Gestión Quirúrgica, | cirugía               | 0,56              | 1,256   | 0,91  | 100 | GQ 256_02cancelacioncirugia |
|   |  |   |  |            |      | Razón Corriente                                   | 3,7  | 2  | Profesional universitario de contabilidad | Gestión financiera  | Contabilidad y Costos | 5,84              | 5,90  | 5,87  | 100 | GF-01 razon corriente       |
|   |  |   |  |            |      | Solidez Financiera                                | 2,81   | 2  | Profesional universitario de contabilidad | Gestión financiera  | Contabilidad y Costos | 3,55              | 3,59  | 3,57  | 100 | GF-08 solidez financiera    |
|   |  |   |  |            |      | Margen de rentabilidad                            | 12,35  | 12   | Profesional universitario de              | Gestión financiera  | Contabilidad y Costos | 23,18             | 11,5  | 17,34   | 100 | 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.<br>2. contratos.<br>3. REPS actualizado.<br>4. Oferta de nuevos servicios.  | Recaudo Vrs. venta   | 55,7       | 58   | Asesoría de Planeación y Tesorería General        | Direcciónamiento estratégico y Gestión financiera                      | Oficina asesora de planeación y Tesorería general                    | 2,65                                      | 33,94               | 33,94                 | 58,5              | Indicador total acumulado                                   | <a href="http://192.168.1.14/app.php/indicador/view/id/263_GF-11">http://192.168.1.14/app.php/indicador/view/id/263_GF-11</a> |     |                             |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO  |  | 2. Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.   |  |            |      |   |  |  |   |                     |                       |                   |   | INDICADOR/<br>DARUMA  |     |                             |
|   | 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.<br>2. Gastos de operación medidos por cada centro de costo.<br>3. Costeo de tecnologías (servicios)   | Numero de informes generados y analizados con el líder del proceso | 11         | 12   | Profesional universitario de costos               | Gestión financiera   | Contabilidad y Costos  | 2   | 2                   | 4                     | 33                | informes sin actas de socialización, sin acciones de mejora | G-21 Informe Costos   |     |                             |
|   |  |   | Participación del costo del recurso humano en el costo total.      | 57,6       | 68   |   |  |  | 62,2                                      | 66,5                | 64,35                 | 100               | GF-19 costo recurso humano                                  |   |     |                             |

| ESTRATEGIA  | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR   | LINEA BASE | META | RESPO<br>NSABL<br>E                          | PROCES<br>O        | AREA                      | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) | INDICADOR/DARUMA                               |
|---|---|--|---|------------|------|--|--------------------|---------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|--|
|   |   |  |   |            | 2023 |  |                    |                           | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |  |
| Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE. | 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<br>2. control entrega facturas a cartera. (codigo de barra)<br>3. Saneamiento de cartera y operativización de comité.<br>4. Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación.<br>5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año.<br>6. Planes de mejora ejecutados | control de Ingresos en estado registrado                    | 2,4        | 2,5  | profesional universitario de facturación     | Gestión financiera | Auditoria cuentas médicas | 1,06           | 3,79    | 1,75       | 100               | Indicador registrado abril de 2023             | <a href="#">GF-14 control de Ingresos</a>      |
|   |   |  | Radicación a cartera del valor facturado                    | 94,2       | 95   |  | Gestión financiera | Cartera                   | 90,6           | 81,7    | 86,15      | 91                | Indicador registrado abril de 2023             | <a href="#">GF-12 Radicación a Cartera FAC</a> |
|   |   |  | Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera | 93,8       | 90   | técnico de cartera                           | Gestión financiera | Cartera                   | 91,9           | 95,7    | 93,80      | 100               |  | <a href="#">GF-27 radicación entidad</a>       |
|   |   |  | Rotación de cartera   | 1,27       | 5    | Profesional universitario de contabilidad    | Gestión financiera | Contabilidad y Costos     | 1,3            | 0,61    | 0,96       | 19,1              |  | <a href="#">GF-10 rotación cartera</a>         |
|   |   |  | Porcentaje de recuperación de cartera.                      | 41,4       | 25   | Tesorero general y Técnico de                | Gestión financiera | Cartera                   | 32,89          | 35,78   | 34,34      | 100               |  | <a href="#">GF-03 recuperación cartera</a>     |
|   |   |  | porcentaje de cartera conciliada                            | 73,7       | 35   | Técnico de cartera                           | Gestión financiera | Cartera                   | 71,38          | 64,54   | 67,96      | 100               |  | <a href="#">GF-23</a>                          |
|   |   |  | Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones          | 86         | 90   |  |                    |                           | 86,7           | 97,4    | 92,0       | 100               |  | <a href="#">GF-06 respuesta objeciones</a>     |
|   |   |  | Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas         | 2,8        | 6    | profesional especializado de cuentas médicas | Gestión financiera | Auditoria cuentas médicas | 2,51           | 1,99    | 2,25       | 100               |  | <a href="#">GF-04 objeciones definitivas</a>   |
|   |   |  | porcentaje de conciliación de glosas en el periodo          | NA         | 0    |  |                    |                           | 0              | 0       | 0,00       | 0                 | no existe registro                             | <a href="#">pendiente ficha técnica Daruma</a> |
| <b>TOTAL</b>  |   |  |   |            |      |  |                    |                           |                |         | <b>83</b>  |                   |  |  |




Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

**JOSE ELIECER OSORIO ERAZO**  
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

|   |   |                      |
|---|---|----------------------|
|  | <b>PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b> | Código: DE-F-01      |
|   |   | Versión: 02          |
|   | <b>PLAN OPERATIVO ANUAL 2023</b>            | Aprobado: 2020/09/01 |

| PERSPECTIVA:  |   | CLIENTE   |   |            |           |   |  |                                     |                |         |            |                   |  | INDICADOR/DARUMA  |  |
|---|---|---|---|------------|-----------|---|--|-------------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|---|--|
| POLITICAS   |   | 1. Política del sistema integrado de gestión<br>2. Política pública de participación social en salud.<br>3. Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo.<br>4. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.<br>5. Política de comunicaciones. |   |            |           |   |  |                                     |                |         |            |                   |  |   |  |
| OBJETIVO ESTRATÉGICO  |   | 1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.  |   |            |           |   |  |                                     |                |         |            |                   |  |   |  |
| ESTRATEGIA  | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR   | LINEA BASE | META 2023 | RESPONSABLE                                   | PROCESO                                | AREA                                | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |   |  |
|   |   |   |   |            |           |   |  |                                     | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |   |  |
|   |   |   | Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia       | 3,05       | 5         |   |  |                                     | 7,35           | 9,4     | 8,38       | 59,7              |  | <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       | 3,44       | 7         |   |  |                                     | 6              | 8,43    | 7,22       | 97                |  | <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 servicios.  | Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugía General.  | 9,86       | 15        | Director servicios ambulatorios               | Gestión ambulatoria y gestión primaria | Dirección de servicios ambulatorios | 10,91          | 11,44   | 11,18      | 100               |  | <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.        | 4,5        | 5         |   |  |                                     | 3,84           | 2,3     | 3,07       | 100               |  | <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. | 10,1       | 10        |   |  |                                     | 7,67           | 8,7     | 8,19       | 100               |  | <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> |  |
|   | 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        | 100               |  | SIAU-001 PORCENTAJE QUEJAS RECLAMOS   |  |
|   |   | 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                 | 95,1           | 94,6    | 94,86      | 100               |  | LC-02 oportunidad exámenes validados  |  |
| Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios. |   |   | Oportunidad resultados TSH Neonatal                                       | 98,3       | 95        |   |  |                                     | 86,8           | 100     | 93,4       | 98,3              |  | Oportunidad resultados TSH Neonatal LC-10   |  |

| ESTRATEGIA                                  | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META 2023 | RESPONSABLE                                   | PROCESO                                       | AREA                                       | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)  |  |
|---|--|---|--|------------|-----------|---|---|--|----------------|---------|------------|-------------------|---|--|
|   |  |   |  |            |           |   |   |  | I TRIM         | II TRIM |            |                   |   |  |
|   |  |   |  |            |           |   |   |  |                |         |            |                   |   |  |
|   |  |   | 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        | 22,12          | 37,28   | 29,70      | 81                |   | 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           | 0,3     | 0,33       | 100               |   | <a href="http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/126">http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/126</a><br>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                                       | 94,3           | 94      | 94,15      | 100               |   | <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<br>2. informe del sistema de evaluación de desempeño-compromisos comportamentales.<br>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       | 0,00       | 0                 |   | Se mide a través del reporte de Encuesta Virtual se anexa informe realizado por la dirección de talento humano                           |
|   |  |   | Efectividad de los canales de difusión   | 0          | 90        | Asesor de planeación                          | Dirección de planeación estratégica           | Asesor de Planeación                       | 24,6           | 59,7    | 59,70      | 66                | Informe de seguidores, Alcance de las publicaciones y reacciones. FORMATO BALANCE EFECTIVIDAD CANALES DE DIFUSIÓN | 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                          | 20,53          | 16,8    | 18,67      | 100               |   | <a href="http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/319">http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/319</a>                  |
|   |  | 2.Medición y análisis de rotación de cuentas por pagar a proveedores.   | Oportunidad en el pago a proveedores   | 129        | 190       |   |   |  | 34,43          | 21,39   | 27,91      | 100               |   | <a href="http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/320">http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/320</a>                  |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>                 | <b>2. Lograr la efectividad en el proceso de Atención.</b>   |   |  |            |           |   |   |  |                |         |            |                   |   |  |
|   | 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  | 90,1       | 85        | Asesor de calidad                             | Dirección de planeación estratégica           | Sistema integrado de gestión de la calidad | 0,0            | 91,0    | 91,00      | 100               |   | <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   |  |            |           |   |   |  |                |         |            |                   |   |  |
|   | Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.  | 1. plan de capacitación aprobada y ejecutado.   | Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación  | 95,5       | 70        | Director Administrativo                       | Talento Humano                                | Dirección de Talento Humano                | 78,9           | 100     | 89,45      | 100               |   | <a href="#">TH-04 plan capacitado ejecutado</a>  |
|   |  | 2. Evaluaciones de desempeño al personal de planta aplicado con la normatividad vigente.  | cobertura del plan de capacitaciones   | 83,3       | 80        |   |   |  | 92             | 100,0   | 96,00      | 100               |   | <a href="#">TH-01 cobertura plan capacitacio</a>   |

| ESTRATEGIA                                     | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR  | LINEA BASE | META 2023 | RESPONSABLE                               | PROCESO                                       | AREA                                | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |                         |
|--|---|--|--|------------|-----------|---|---|-------------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|-------------------------|
|  |   |  |  |            |           |   |   |                                     | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |                         |
|  |   |  |  |            |           |   |   |                                     |                |         |            |                   |  |                         |
| Evaluación de resultados de atención en salud. |   | 3. informe y Acciones de mejora.   | Porcentaje de personal evaluado                                | 97,6       | 100       |   |   |                                     | 98,7           |         | 98,70      | 98,7              |  | 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.<br>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        | 100               |  |                         |
|  | 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.<br>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 | 0              | 96,81   | 96,81      | 100,0             |  | SIAU-PLG 05             |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>                    | <b>3.Fortalecer la gestión del Recurso físico y logístico.</b>  |  |  |            |           |   |   |                                     |                |         |            |                   |  |                         |
|  | 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               |  | 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               |  | NA                      |
|  | 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 | Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios   | porcentaje de cumplimiento del producto esperado               | 100        | 100       |   |   |                                     |                |         | 100        | 100               |  | NA                      |
|  | Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.              | Proyecto Ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios.  | porcentaje de cumplimiento del producto esperado               | 100        | 100       |   |   |                                     |                |         | 100        | 100               |  | UI                      |

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR   | LINEA BASE | META 2023  | RESPONSABLE                 | PROCESO                      | AREA                                 | RESULTADO 2023 |            | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |  |
|------------|---|--|---|------------|------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|----------------|------------|------------|-------------------|--|--|
|            |   |  |   |            |            |                             |                              |                                      | I TRIM         | II TRIM    |            |                   |  |  |
|            |   |  |   |            |            |                             |                              |                                      |                |            |            |                   |  |  |
|            | 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        |                   | 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        |                   | NA   |  |
|            | 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        |                   | NA   |  |
|            |   | Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios               | porcentaje de cumplimiento del producto esperado        | 100        | 100        |                             |                              |                                      |                | 100        | 100        |                   | NA   |  |
|            | 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        |                   | NA   |  |
|            |   | Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios               | porcentaje de cumplimiento del producto esperado        | 100        | 100        |                             |                              |                                      |                | 100        | 100        |                   | NA   |  |
|            | 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        |                   | NA   |  |
|            |   | 2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.          |   |            |            |                             |                              |                                      |                |            |            |                   |  |  |
|            | 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   |  |
|            |   | 2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.          |   |            |            |                             |                              |                                      |                |            |            |                   |  |  |
|            | <b>Proyecto para Equipo de Hipotermia para Asfixia Perinatal, Polisomnógrafo.</b>   | <b>2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.</b>   | <b>porcentaje de cumplimiento del producto esperado</b> | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>Asesor de planeación</b> | <b>Dirección estratégica</b> | <b>oficina Asesora de Planeación</b> |                | <b>100</b> | <b>100</b> |                   | <b>NA</b>                                      |  |

| ESTRATEGIA  | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE | PROCESO | AREA | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |    |
|---|---|---|--|------------|------|-------------|---------|------|----------------|---------|------------|-------------------|--|----|
|   |   |   |  |            | 2023 |             |         |      | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |    |
|   |   |   |  |            |      |             |         |      |                |         |            |                   |  |    |
| Gestión y Ejecución de Proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria | Proyecto de dotación para el equipamiento de la Lavandería.   | 1. Proyecto elaborado y gestionado<br>2. Proyecto ejecutado   | porcentaje de cumplimiento del producto esperado | NA         | 50   | ion         | o       | ción | 0              | 0       | 0          | 0                 |  | 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               |  | NA |
|   |   | Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.   | porcentaje de cumplimiento del producto esperado | 50         | 100  |             |         |      | 80             |         | 80         | 80                |  | 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               |  | NA |
|   |   | 1. Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD<br>2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios                  | porcentaje de cumplimiento del producto esperado | 50         | 100  |             |         |      | 50             |         | 50         | 50                |  | 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 | 100        | 100  |             |         |      | 100            |         | 100        | 100               |  | NA |
|   |   | 1. Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD<br>2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios                  | porcentaje de cumplimiento del producto esperado | 50         | 100  |             |         |      | 50             |         | 50         | 50                |  | NA |
|   | 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          | 0                 |  | NA |
|   |   | Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios  | porcentaje de cumplimiento del producto esperado | NA         | 50   |             |         |      | 0              | 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  |             |         |      | 50             |         | 50         | 50                |  | NA |

| ESTRATEGIA | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE  | PROCESO               | AREA                          | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)   |    |
|------------|---|---|--|------------|------|--|-----------------------|-------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|----|
|            |   |   |  |            | 2023 |  |                       |                               | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |    |
|            |   |   |  |            |      |  |                       |                               |                |         |            |                   |  |    |
|            | Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDML.  | Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.                             | porcentaje de cumplimiento del producto esperado                   | 50         | 100  |  |                       |                               | 50             |         | 50         |                   |  |    |
|            |   | Contrato de suministro realizado, ejecutado y puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios. | porcentaje de cumplimiento del producto esperado                   | NA         | 50   |  |                       |                               | 0              |         | 0          |                   | NA   |    |
|            | Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDML.   | Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.                             | porcentaje de cumplimiento del producto esperado                   | NA         | 100  |  |                       |                               | 50             |         | 50         |                   | NA   |    |
|            | Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al HDML.  | Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud                        | porcentaje de cumplimiento del producto esperado                   | 100        | 100  |  |                       |                               | 100            |         | 100        |                   |  |    |
|            |   | Proyecto elaborado y presentado 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                   | NA         | 100  |  |                       |                               | 0              |         | 10         |                   | 10   | NA |
|            | Titulación de predios para los centros de salud de Morelia, Montañaña, 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  | 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      | 30         | 60                | A 30 de Junio de 2023, se ha ejecutado \$963 millones de pesos. Total programado \$3,180 millones. Porcentaje de Ejecución 30% | 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                |  | NA |
|            |   | contrato elaborado y ejecutado  | porcentaje de cumplimiento del producto esperado                   | NA         | 100  |  |                       |                               | NA             |         | 0          | 0                 |  | NA |



| ESTRATEGIA  | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE  | PROCESO                  | AREA                          | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |    |
|---|--|--|--|------------|------|--|--------------------------|-------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|----|
|   |  |  |  |            | 2023 |  |                          |                               | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |    |
|   | Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos etc).   | 1.Plan de Compras<br>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        | 0                 |  | NA |
|   | Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.   | contrato elaborado y ejecutado<br>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          | 0                 |  | 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, Neurología, Cirugía artroscópica y servicio de medicina laboral. | 1. Portafolio actualizado<br>2. Servicios ofertados<br>3. Proyectos de infraestructura, dotación, outsourcing elaborados, gestionados y ejecutados.<br>4. servicios habilitados. | número de nuevos servicios ofertados             | 2          | 2    | Asesor de planeación                                 | Dirección estratégica    | oficina Asesora de Planeación | 0              |         | 0          | 0,0               |  | NA |
| <b>TOTAL</b>  |  |  |  |            |      |  |                          |                               |                |         | <b>70</b>  |                   |  |    |



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<br>2.Política de comunicaciones<br>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 |         | TOTAL 2023 |                                      | % DE CUMPLIMIENT                  |
|                      |  |   |   |   |            |   |                       |                                      |                                      | 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.<br>2. Informe de seguridad del paciente semestral.<br>3. Indicadores diseñado y analizados.<br>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           | 0,32    | 0,24       | 100                                  | MC-PS-04 paciente no identificado |
|                      | Tasa De Eventos Adversos Institucional   |   |   | 7,3   | 10         | 5,26                                    |                       |                                      |                                      | 4,9            | 5,10    | 100        | MC-SP-20 eventos adversos            |                                   |
|                      | Proporción Reporte de Eventos de Seguridad   |   |   | 76,5  | 70         | 77,3                                    |                       |                                      |                                      | 82,35          | 79,85   | 100        | MC-SP-21 Reportes Evento adverso     |                                   |
|                      | Razón de Eventos de Seguridad  |   |   | 9,74  | 15         | 10,2                                    |                       |                                      |                                      | 7,45           | 8,83    | 100        | MC-SP-22 Razon evento adverso        |                                   |
|                      | Tasa de Infección intrahospitalaria  |   |   | 0,17  | 1          | Profesional universitario Epidemiología | Gestión Hospitalaria  | Dirección servicios Hospitalarios    | 0,17                                 | 0,07           | 0,12    | 100        | GUO-007 infección intrahosp          |                                   |
|                      | Razón de Mortalidad Materna  |   |   | 0   | 1          |   |                       |                                      | 0                                    | 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 | 96,6                                 | 97,18          | 96,89   | 100        | MC-PLG-SP-12: 1AplicacionGMTHG       |                                   |
|                      | Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes |   |   | 97,4  | 90         |   |                       |                                      | 87,5                                 | 85,59          | 86,55   | 96,2       | MC-PLG-13EvaluacionGuiaMCR           |                                   |
|                      | Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.  |   |   | 0,16  | 0,80       | Profesional Universitario Bacteriólogo  | Laboratorio Clínico   | Laboratorio Clínico                  | 0,12                                 | 0,14           | 0,13    | 100        | LC-04 muestra no cumplen criteriodad |                                   |

| ESTRATEGIAS                                 | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR   | LINEA BASE | META | RESPONSABLE   | PROCESO   | AREA   | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)              |  |
|---|--|---|---|------------|------|---|---|--|----------------|---------|------------|-------------------|---|--|
|   |  |   |   |            | 2023 |   |   |  | I TRIM         | II 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 de gestión                           | 0,24           | 0,11    | 0,18       | 100               |   | MC-256-30-Setasade caidas                            |
|   | Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivez clínica y la seguridad del paciente.         | 1. Indicadores diseñados y analizados.<br>2. Análisis de eventos adversos<br>3. Auditoría concurrente 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                                  | 0,02           | 0,157   | 0,09       | 100               |   | GUO-05 estancia observacion                          |
|   |  |   | Oportunidad para la ejecución del plan terapéutico en la atención inicial de urgencias de pacientes clasificados como triage II | 35,6       | 60   | Director Operativo  | Gestión de urgencias y obstetricia                            | Servicio de Urgencias                                  | 41,8           | 41,76   | 41,78      | 100               |   | 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 ambulatorios                    | 12,5           | 16,6    | 14,55      | 68,7              |   | 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 ambulatorios                    | 1,1            | 1,4     | 1,25       | 100               |   | 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                        | 0,94           | 0,97    | 0,96       | 100               |   | 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                   | 95,2           | 95,09   | 95,15      | 100               |   | 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.<br>2. evidencia acciones inmediatas   | Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo  | 4          | 4    | Asesor de Calidad   | Mejoramiento continuo   | Sistema Integrado de gestión de calidad                | 1              | 1       | 2          | 50                | Evidencia acta No. 158 de 2023.                             | Informe Rondas de seguridad                          |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>                 | <b>2.Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos Internos</b>  |   |   |            |      |   |   |  |                |         |            |                   |   |  |
|   | Implementar el sistema integrado de gestión en los Centros de Salud adscritos al HDMI 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 | 0              | 13,8    | 13,8       | 28                |   | 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                        | 0              | 0       | 0          | 0,0               | evaluación de habilitación programada segundo semestre 2023 | Aplicación lista de chequeo Resolución 3100/2019     |

| ESTRATEGIAS   | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR   | LINEA BASE                                      | META | RESPONSABLE                               | PROCESO               | AREA                                     | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)  |  |  |
|---|---|--|---|---|------|---|-----------------------|--|----------------|---------|------------|-------------------|---|--|--|
|   |   |  |   |   | 2023 |   |                       |  | I TRIM         | II TRIM |            |                   |   |  |  |
|   |   |  |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |
| Mantener el Sistema integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional. | 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 auditorias internas de calidad                 | 100   | 90   | Asesor de calidad                         | mejoramiento continuo | Sistema integrado de gestión de calidad. | 0              | 1       | 1          | 33                | 1. se anexa programa donde estan programadas 3 aditorias para la vigencia 2023, de las cuales se han relaizado 1, se anexa informe  | MC-01 <a href="#">cumplientoprogramaauditorias</a>             |  |
|   |   | 2. Informe de las auditorias realizadas.   |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |
|   |   | 3. Plan de acción derivado de las auditorias.  |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |
|   | 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              | 1       | 1          | 25                | Se anexa Informe 2 trimestre pade socializar en comité del 15 de agosto de 2023   | 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 estándares de acreditación | 78  | 90   | Asesor calidad                            | Mejoramiento continuo | Sistema Integrado de gestión de calidad  | 0              | 0       | 0          | 0                 | Durante el segundo trimestre se realizaron reuniones con los líderes de proceso y se priorizaron las oportunidades de mejora con las acciones correspondientes a cada uno de los estándares, en el mes de julio se realizó el cargue de 8 planes de mejora y 41 acciones para ser ejecutados en el II | 1. creación del indicador<br>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.  |   |  |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>   | <b>3. Mejorar la eficiencia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.</b>                              |  |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |
| Modernizar la Planta de Personal de la ESE Hospital Departamental María Inmaculada para fortalecer procesos, áreas y optimizar el Talento Humano.     | Realizar, adoptar e implementar el Estudio Técnico de los cambios en la Planta de Personal, para optimizar el Talento Humano. | 1. Estudio técnico realizado e implementado.   | Estudio técnico y actos administrativos de los cambios de la planta de personal                       | 1   | 1    | Director Administrativo de talento humano | Talento humano        | Dirección de talento Humano              | 1              |         | 1          | 100               | NA  |  |  |
|   |   | Realizar, adoptar e implementar cambios en la Estructura Organizacional, de acuerdo al Nivel Jerárquico y responsabilidades                  | 1. Estructura organizacional actualizada resultado del estudio técnico                                | Estructura organizacional aprobada y publicada. | 0    |   |                       |  | 1              | 0       | 0          | 0                 |   |  |  |
|   | Crear la oficina de contratación para Fortalecer, Unificar y centralizar los procesos de contratación de la ESE.              | 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       | 0          |                   |   |  |  |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>   | <b>4. Identificar e intervenir los riesgos en los procesos.</b>   |  |   |   |      |   |                       |  |                |         |            |                   |   |  |  |

| ESTRATEGIAS  | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR   | LINEA BASE | META | RESPONSABLE             | PROCESO               | AREA                                    | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)                                  |   |
|--|--|--|---|------------|------|-------------------------|-----------------------|---|----------------|---------|------------|-------------------|---|---|
|  |  |  |   |            | 2023 |                         |                       |   | I TRIM         | II TRIM |            |                   |   |   |
|  |  |  |   |            |      |                         |                       |   |                |         |            |                   |   |   |
| 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<br>2. Cronograma ejecutado<br>3. Asistencia técnica a líderes de proceso.   | 3          | 3    | Asesor de Calidad       | Mejoramiento continuo | Sistema Integrado de gestión de calidad | 1              | 2       | 3          | 100               | Evidencia de cronograma, ejecución cronograma y actas de asistencia técnica     | NA                                      |
|  | 2.Diseñar cronograma de capacitación en riesgos.   | 1. Riesgos Analizados y gestionados.   | Informes analizados y gestionados ante comité de MIPG frente a la materialización de los riesgos. | 4          | 4    |                         |                       |   | 0              | 1       | 1          | 25                | Se anexa Informe 1 trimestre para socializar en comité del 15 de agosto de 2023 | informes                                |
|  | 3.Realizar los análisis para las acciones de mejora y la toma de decisiones frente a la materialización de los riesgos.                                      | 2. Informe de acciones de mejora frente a la materialización de los riesgos.                         |   |            |      |                         |                       |   |                |         |            |                   |   |   |
| 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   | Número de capacitaciones realizadas   | 10         | 10   | Asesor oficina jurídica | Gestión jurídica      | Oficina asesora jurídica                | 0              | 3       | 3          | 30                |   | cronograma , actas, lista de asistentes |
|  |  | 2. Colaboradores actualizados en normatividad en salud.  |   |            |      |                         |                       |   |                |         |            |                   |   |   |

70




Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

**JOSE ELIECER OSORIO ERAZO**

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 2023</b>            | <b>Aprobado: 2020/09/01</b> |

| PERSPECTIVA:   | RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA  |   |   |            |                         |                                  |                      |                              |                |         |            |                    |  |                                 | INDICADOR/DAR UMA |
|--|---|---|---|------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------|---------|------------|--------------------|--|---------------------------------|-------------------|
|  | POLITICAS   | 1. Política de Responsabilidad Social<br>2. Política del sistema Integrado de gestión<br>3. Política Plan estratégico de seguridad vial.<br>4. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas.<br>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                    | RESPO NSABL E                    | PROCESO              | AREA                         | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENT O | II Trimestre (Observacion es, logros, retrasos)  |                                 |                   |
|  |   |   |   |            | 2023                    |                                  |                      |                              | I TRIM         | II TRIM |            |                    |  |                                 |                   |
| Desarrollo Humano y bienestar laboral.                 | Crear un Programa que patrocine la finalización de estudios técnicos, a través de convenios interinstitucionales.                                       | 1. Creación de programa<br>2. Convenios institucionales formalizados.   | Programa elaborado y aprobado                             | 0          | 1                       | Director Administrativo          | Talento humano       | Dirección de talento humano  | 0              | 0       | 0          | 0                  |  | NA                              |                   |
|  | Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.  | 1. Aprobación por la gerencia<br>2. Espacio físico con infraestructura y dotación para aprendizaje virtual y presencial<br>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          | 0                  |  |                                 |                   |
|  | 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  | 92             | 100     | 96,0       | 100                | Se logró capacitar al 100% del personal convocado según plan de capacitaciones del segundo trimestre de 2023.            | 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                      |                                  |                      |                              | 78,9           | 100     | 89,45      | 100                | De 452 colaboradores que fueron evaluados 444 aprobaron la evaluación de conocimiento durante el segundo trimestre 2023. | TH-04 plan capacitado ejecutado |                   |
|  | 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 mínimos de SST                 | 92,7       | 89                      | Profesional universitario de SST | Talento humano       | Oficina de salud ocupacional | 92,7           | 0       | 92,7       | 100                | Se alcanzó un 92,75% en el cumplimiento de los estandares mínimos de Seguridad y salud en el trabajo.                    |                                 |                   |
| Desarrollar la política para integración de colectivos | 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 | 0                            | 0              | 0       | 0          |                    |  |                                 |                   |

| ESTRATEGIAS                 | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPO NSABLE                         | PROCESO          | AREA                         | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observación es, logros, retrasos)  |   |
|-----------------------------|---|--|--|------------|------|--------------------------------------|------------------|------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|---|
|                             |   |  |  |            | 2023 |                                      |                  |                              | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |   |
|                             | destavorecidos.   | Política implementada  | Política creada y aprobada   | 1          | 1    | ativo                                | o                | humano                       | 100            | 100     | 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 | 713            | 666     | 1.379      | 100               | Durante el mes de abril participaron 169 colaboradores según actas No. 207,211,256,248,271,272,273, durante el mes de mayo participaron 437 colaboradores según actas Nos. 281,287,310,312,307,325,341,345,320,324,326,328,330,3 | 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  | 87             | 0       | 87         | 100               |  | <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5fleesatthiDsa">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5fleesatthiDsa</a> |
|                             |   | Intervención de los resultados de la medición  | Porcentaje de servicios intervenidos de acuerdo a los resultados de la medición. | 100        | 90   |                                      |                  |                              | 100            | 100     | 100        | 100               | La meta trimestral son 8 servicios/areas intervenidas. Durante el segundo se realizaron 8 intervenciones desde el programa de humanización con fortalecimiento de trabajo en equipo, relaciones                                  |   |
| <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          | 2    |                                      |                  |                              | 0              |         | 0          | 0                 |  |   |
|                             | 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                 |  |   |
|                             | 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 |                                      |                  |                              | 0,22           | 0,41    | 0,32       | 100               |  | <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>                               |
|                             |   | Disminución del gastos en servicios públicos.  | Diferencia de consumo de agua del año actual con respecto al año anterior        | 0,58       | 1,0  |                                      |                  |                              | 0,13           | 0,16    | 0,15       | 100               |  | <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>                               |
|                             |   |  | Porcentaje de consumo de energía del año actual con respecto al año anterior     | 15,7       | 15   | Profesional universitario de Gestión | Recursos físicos | Ingeniería ambiental         | 12,43          | 19,9    | 16,17      | 92,79             |  | <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 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO   | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)  |   |  |
|---|---|--|--|------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------|---------|------------|---|---|---|--|
|   |   |  |  |            | 2023   |                                       |                                 |                      | 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  | Ambiental                             |                                 |                      | 0              |         | 0,00       | 0   |   |   |  |
|   | Fortalecer la cultura ambiental institucional                                   | 1. participación activa en la Semana de la calidad                           | cumplimiento de los productos  |            | 3  | 2                                     |                                 |                      |                | 0       |            | 0,00  | 0   | programado segundo semestre   |  |
|   |   | 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                                     |                                 |                      |                | 1       | 2          | 50  |   |   |  |
|   |   | 1. Indicadores realizados y analizados.<br>2. acciones de mejora realizadas. | Cumplimiento actividades del PIGA  | 98,5       | 90   | 100                                   |                                 |                      |                |         | 100        | 100   | NO existe información Indicador   | <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/84">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/84</a> |  |
|   | 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 | Dirección de estrategia         | Ingeniería ambiental | 0              | 0       | 0,00       | 0   |   |   |  |
| Recursos peligrosos gestionados   |   | Proporción de residuos peligrosos generados                                  | 29,7   | 45         | Profesional universitario de Gestión Ambiental | Recursos Físicos                      | Ingeniería ambiental            | 29,6                 | 27,3           | 28,45   | 100        |   | <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/84">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/84</a> |   |  |
| Mejoramiento de zonas verdes.   | Zonas verdes mejoradas  | Proporción de áreas intervenidas   | 4  | 4          |  |                                       |                                 | 0                    | 0              | 0,00    | 0          |   |   |   |  |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>   | <b>3. Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.</b>     |  |  |            |  |                                       |                                 |                      |                |         |            |   |   |   |  |
| 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 beneficiadas con el programa                          | 20   | 2          | Director Administrativo de Talento Humano      | Dirección de estrategia y             | oficina asesora de planeación y | 0                    | 7              | 7       | 100        | Se realizaron actividades programadas en el plan de bienestar social, beneficiándose microempresas caqueñas en la adquisición de bienes y servicios |   |   |  |
|   | Ingresos generados a los beneficiarios del programa                             | Ingresos (en millones pesos) generados por el programa                       | 157.000  | 3.000      |  |                                       |                                 | 0                    | 79.000         | 79.000  | 100        | Se realizaron actividades programadas en el plan de bienestar social, beneficiándose microempresas caqueñas en la adquisición de bienes y servicios |   |   |  |



| ESTRATEGIAS   | ACTIVIDADES   | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE            | PROCESO          | AREA                        | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos) |
|---|---|--|--|------------|------|------------------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|
|   |   |  |  |            | 2023 |                        |                  |                             | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |
| Generación de ingresos y Desarrollo de la Comunidad | 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    | Y Asesor de Planeación | Talento Humano   | Direccion de Talento humano | 0              | 0       | 0          | 0                 |  |
|   | 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          |                   |  |
|   | 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    | Almacén general        | Recursos físicos | Almacén General             | 0              | 0       | 0          | 0                 |  |
| <b>53</b>   |   |  |  |            |      |                        |                  |                             |                |         |            |                   |  |



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/<br>DARUMA  |
|--|---|--|--|------------|-----------------------|--|------------------------|------------------------------|----------------|---------|------------|-------------------|---|---|
| POLITICAS  |   | 1. Política de Humanización<br>2. Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI.<br>3. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI.<br>4. Sistema de gestión documental.<br>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 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)  |   |
|  |   |  |  |            |                       |  |                        |                              | 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<br>2. Universidades o instituciones seleccionadas para el establecimiento de convenios de formación   | No. de convenios establecidos para formación continua del talento humano               | 0          | 1                     |  |                        |                              | 0              | 0       | 0          | 0                 |   | NA  |
|  | Realizar programa de capacitación continua, la certificación de competencias y cumplimiento estándares de capacitación.                           | 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        | 100               |   | Durante el segundo trimestre de 2023, se programaron 5 capacitaciones del eje de habilitación, las cuales fueron realizadas, manteniendo el indicador.  |
|  |   | 2. Programa de capacitación conformado   |  |            |                       |  |                        |                              |                |         |            |                   |   |   |
|  |   | 3. Fichas Técnicas elaboradas de   | porcentaje de certificados de personal para cumplimiento de estándares de habilitación | 49         | 60                    |  |                        |                              | 20,3           | 83,3    | 51,8       | 86,3              |   | De los funcionarios programados para recibir capacitación en el eje de habilitación se obtuvieron un total de 15 certificados por la caja de compensación familiar COMFACA, para dar cumplimiento a |
|  | 4. Programa de capacitación evaluado  |  |  |            |                       |  |                        |                              |                |         |            |                   |   |   |
| Fortalecer los convenios de docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud. | 1. Convenios firmados y legalizados   | No. de Programas de docencia servicio activos  | 2  | 2          | Subgerente científico | Gestión Hospitalaria                   | Subgerencia científica | 0                            | 0              | 0       | 0          |                   |   |   |
|  | 2. Programas de la salud bajo convenio, activos   |  |  |            |                       |  |                        |                              |                |         |            |                   |   |   |
| Ejecutar el programa de inducción y  | 1. Procedimiento actualizado  | Cobertura del programa de inducción  |  | 100        | 80                    | Director Administrativo Talento Humano | Talento Humano         | Dirección de Talento Humano  | 100            | 100     | 100,0      | 100               |   |   |
|  | 2. procedimiento implementado   |  |  |            |                       |  |                        |                              |                |         |            |                   | <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/vie">http://192.168.1.9/app.php/indicador/vie</a> |   |

| ESTRATEGIAS  | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO  | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE                                    | PROCESO                                  | AREA                                     | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrazos)   |  |   |
|--|--|--|--|------------|------|--|--|--|----------------|---------|------------|-------------------|--|--|---|
|  |  |  |  |            | 2023 |  |  |  | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |  |   |
|  | reinducción.   | 3. Procedimiento evaluado  | Reinducción  |            |      | Humano   |  | humano.                                  |                |         |            |                   |  |  | <a href="#">w/id/122</a>  |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>  | <b>2. Fortalecer una cultura organizacional orientada a la seguridad y Humanización del Servicio.</b>                                    |  |  |            |      |  |  |  |                |         |            |                   |  |  |   |
| 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 <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1kShGZoAkij\$6yzstN2DTqhmVlJ4VlqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1kShGZoAkij\$6yzstN2DTqhmVlJ4VlqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform</a> .<br>2. Informe de la medición del clima de seguridad en sus 8 dimensiones.<br>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        | 90   | Asesor de calidad                              | mejora continuo                          | Sistema Integrado de gestión de calidad  | 0              | 0       | 0          | 0                 |  |  |   |
|  | Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.  | 1. Rondas de seguridad del ambiente físico realizadas<br>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 | 0              | 0       | 0          | 0                 |  |  |   |
|  | Capacitación y formación de colaboradores en seguridad de la atención.   | 1. Cronograma de actividades de implementación del programa de Humanización<br>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  | 0              | 0       | 0          | 0                 |  |  |   |
|  | 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            | 0              | 0       | 100        | 100               | se anexa 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 |  |   |
|  |  |  |  |            |      |  |  |  |                |         |            |                   |  |  |   |
| <b>OBJETIVO ESTRATÉGICO</b>  | <b>3. Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.</b>  |  |  |            |      |  |  |  |                |         |            |                   |  |  |   |
|  |  | 1. Diagnóstico de renovación de la tecnología biomédica actualizado.   | Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos  | 97,1       | 85   |  |  |  | 94,4           | 100     | 97,2       | 100               |  |  | <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/65">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/65</a> |

| ESTRATEGIAS   | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META  | RESPONSABLE                                       | PROCESO                                   | AREA                 | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)   |   |
|---|--|---|--|------------|---|---|---|----------------------|----------------|---------|------------|-------------------|--|---|
|   |  |   |  |            | 2023  |   |   |                      | I TRIM         | II TRIM |            |                   |  |   |
| Fortalecer la gestión de la tecnología Biomédica  | Mantener y disponer de equipamiento para la prestación de servicios de salud seguros, en la sede principal y centros de salud.                                     | 2.Hojas de vida de equipos biomédicos actualizadas  | biomédicos.  |            |   | Profesional universitario de ingeniería biomédica | Recursos físico                           | Ingeniería biomédica |                |         |            |                   |  | RF-13                                       |
|   |  | 3.Plan de Mantenimiento formulado e implementado  | Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de los Equipos Biomédicos. | 4,4        | 3   |   |   |                      | 2              | 3,7     | 2,9        | 100               | <a href="http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135">http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135</a><br>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       | 1          | 100               |  |   |
|   | Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en la relación con el plan de mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar | Indicadores formulados y analizados   | numero de indicadores implementados  | 2          | 2   |   |   |                      | 2              | 2       | 2          | 100               |  |   |
| <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.           | 50   | 100        | profesional universitario de sistemas                             | tecnología e información                          | sistemas informáticos                     | 0                    | 0              | 0       | 0          |                   |  | 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.<br>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          |                   |  |   |
|   | 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                     | 0                    | 25             | 25      | 50         |                   |  |   |
| Fortalecer el proceso de auditoría a la Historia Clínica y demás registros asistenciales.   | 1. Auditoría de historias clínicas y registros asistenciales implementada.<br>2. Documentar el procedimiento Auditoría de historias clínicas.                      | Porcentaje de historias clínicas que cumplen con la norma para el manejo de historia clínica. | NA   | 80         | Profesional especializado auditoria cuentas medicas               | gestión financiera                                | auditoria de cuentas medicas              | 0                    | 0              | 0       | 0          |                   |  |   |
| Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.  | 1.capacitación en calidad de dato programada y ejecutada<br>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              | 1       | 25         |                   |  |   |

| ESTRATEGIAS   | ACTIVIDADES  | PRODUCTO ESPERADO   | INDICADOR  | LINEA BASE | META | RESPONSABLE                                  | PROCESO                           | AREA  | RESULTADO 2023 |         | TOTAL 2023 | % DE CUMPLIMIENTO | II Trimestre (Observaciones, logros, retrasos)   |                                 |
|---|--|---|--|------------|------|--|-----------------------------------|---|----------------|---------|------------|-------------------|--|---------------------------------|
|   |  |   |  |            | 2023 |  |                                   |   | I TRIM         | II 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        | 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. Monitorización periódica y permanente de los indicadores institucionales.<br>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              | 1       | 2          | 50                | SE ANEXA INFORME DE SEGUIMIENTO Y REVISION DE INDICADORES                                    | 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 cronograma.<br>2. Instancias de análisis de indicadores establecidas<br>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 implementación.                                | Fichas técnicas de los indicadores institucionales actualizadas.<br>Informe de seguimiento de los indicadores institucionales.<br>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.<br>2. Socialización de políticas de seguridad del software y hardware<br>3. Informe de actividades gestionadas, para garantizar la seguridad de la información. |  |            |      |  |                                   |   |                |         |            |                   |  |                                 |
| <b>TOTAL</b>  |  |   |  |            |      |  |                                   |   |                |         |            | <b>51</b>         |  |                                 |

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

**JOSE ELIECER OSORIO ERAZO**  
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

**EJECUCION POA CONSOLIDADO JUNIO DE 2023**

| PERSPECTIVA                        | % DE CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------|-------------------|
| FINANCIERA                         | 83                |
| CLIENTE                            | 70                |
| PROCESOS INTERNOS                  | 70                |
| RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA | 53                |
| APRENDIZAJE Y DESARROLLO           | 51                |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>66</b>         |

