

Informe de Evaluación Plan Operativo Anual (POA) 2023

INTRODUCCION

A continuación, se describe el resultado consolidado del seguimiento y monitoreo realizado al Plan Operativo Anual (POA) del año 2023, este informe refleja las estrategias, actividades programadas, producto esperado, indicadores y metas alcanzadas; el cual se convierte en la herramienta que permite dar el cumplimiento a los objetivos estratégicos y proyectos planteados en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2024.

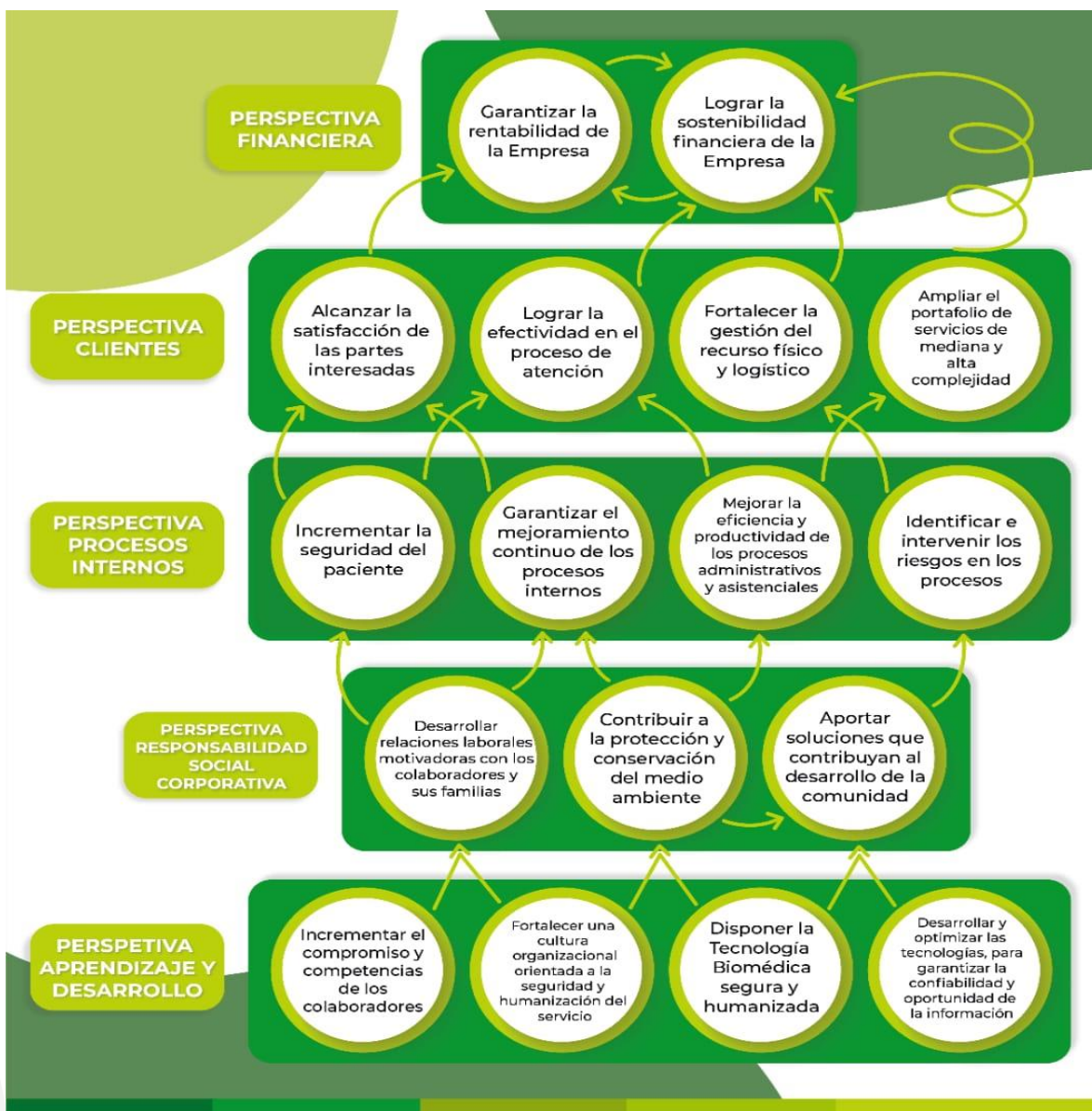
Para llevar un control sobre la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo, la gerencia despliega un plan operativo anual, el cual da cobertura a los cinco ejes estratégicos, de tal manera que permita no solo dar cumplimiento al plan de desarrollo sino también al mejoramiento institucional.

Cabe resaltar que la institución cuenta con indicadores de gestión por procesos los cuales algunos hacen parte de nuestro plan de desarrollo; el seguimiento al plan operativo se realizara a través de los indicadores de gestión.

La estructura del POA 2023, parte de las 5 perspectivas, 17 objetivos estratégicos del Plan de Desarrollo 2020-2024 y de las estrategias identificadas para alcanzar cada uno de ellos, se van describiendo aquellos proyectos o iniciativas que se han planificado realizar durante el 2023, tanto en el ámbito de las actividades que los configuran como en el de los resultados que se esperan alcanzar con su ejecución.

1. OBJETIVOS ESTRATEGICOS

En el plan de Desarrollo 2020-2024, se definieron 17 objetivos estratégicos, resultado de un ejercicio participativo que estuvo orientado por un análisis interno y externo de la institución, los cuales a su vez contienen las estrategias, actividades y políticas.



2. SEGUIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL

El informe de seguimiento a la ejecución del Plan Operativo Anual – POA, consolida los resultados obtenidos por cada uno de los procesos, de acuerdo a las metas establecidas en cada una de las acciones institucionales planteadas. Las cuales están enmarcadas dentro de la plataforma estratégica institucional, objetivos estratégicos y en las cinco perspectivas.

En el POA, se formulan actividades que permitan alcanzar los objetivos estratégicos y éstas plantean tareas que señalan el tiempo de ejecución, responsable y resultado que se obtendrá al final del período.

El Plan Operativo Anual es una herramienta de seguimiento y monitoreo; por tanto, el informe se basa en los reportes hechos por cada uno de los líderes de los procesos y la verificación, cumplimiento y desempeño de las metas y actividades programadas. Este se realiza a través de la solución tecnológica software DARUMA, permitiendo alcanzar el máximo rendimiento en la gestión, alineando los resultados hacia la toma de decisiones estratégicas, así mismo se garantiza la centralización de la información, planes de mejora, seguimiento al cumplimiento de acciones de Mejora, indicadores de gestión, seguimiento a riesgos y el autocontrol, es decir que señala la efectividad en la ejecución.

Los beneficios que trae consigo el diseño del POA, le permitirá al Hospital Departamental María Inmaculada ESE:

- a. La medición del avance la gestión de la gerencia.
- b. Reconocer los principales retos y oportunidades del Hospital.
- c. Seleccionar los objetivos estratégicos sobre los cuales orientaran los esfuerzos organizacionales para el desarrollo competitivo a corto, mediano y largo plazo.
- d. Establecer los lineamientos de una estructura organizacional que apoye la estrategia planteada por la Alta Dirección de la organización.

La meta de cumplimiento del POA, se estableció en el 90% anual. En concordancia con las metas del plan de gestión.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS PARA LA EVALUACIÓN

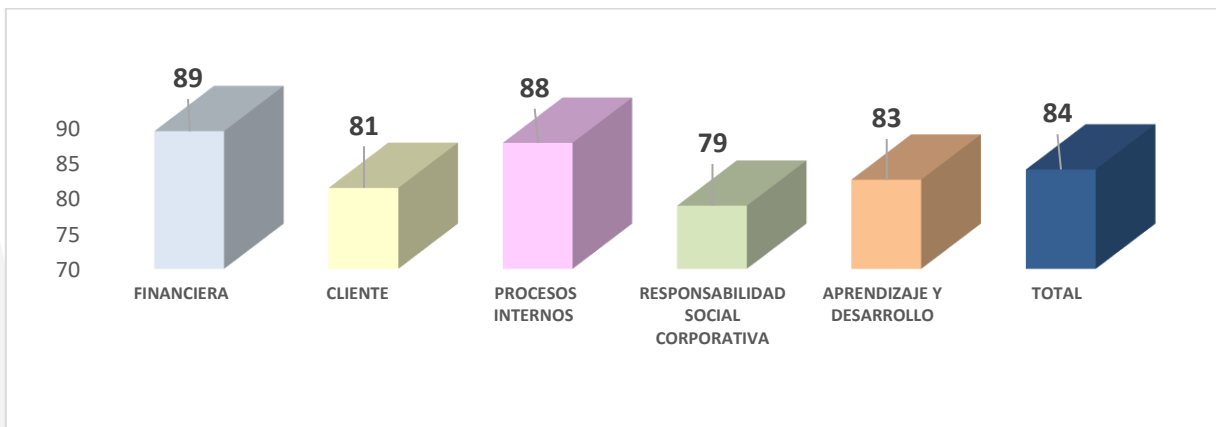
Para el seguimiento al POA 2023, los líderes de proceso y coordinadores de área trabajaron conjuntamente con la oficina asesora de Planeación en su evaluación; cada líder de proceso es responsable de la información entregada para soportar sus actividades, así como de realizar las acciones necesarias para la corrección de los posibles desvíos o incumplimiento de los indicadores. Este seguimiento se realiza de forma trimestral y el resultado se socializa en el comité institucional de gestión y desempeño.

4. RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO POR PERSPECTIVA 2023

En el año 2023, se desarrollaron actividades asociadas a cada indicador en pro del cumplimiento de las metas del Plan de Operativo durante la vigencia, del cual se obtuvo los siguientes resultados:

PERSPECTIVA	% DE CUMPLIMIENTO
FINANCIERA	89
CLIENTE	81
PROCESOS INTERNOS	88
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	79
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	83
TOTAL	84

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de todas las actividades propuestas con sus respectivos indicadores se obtiene un cumplimiento total del **84%**. Se anexa informe detallado, por objetivo, estrategia, perspectiva, actividad, producto esperado, indicador, línea base, meta, responsable, %cumplimiento y observaciones.



La meta establecida para la vigencia 2023 del Plan operativo anual -POA, es del **90%**. Lo anterior en concordancia con las metas del plan de gestión, según la Resolución 408 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud protección social.

CONSOLIDADO PLAN OPERATIVO ANUAL – POA 2020-2023

PERSPECTIVA	2020	2021	2022	2023	CONSOLIDADO 2020-2023
FINANCIERA	100	89	94	89	93
CLIENTE	97	98	93	81	92
PROCESOS INTERNOS	98	99	84	88	92
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	100	94	84	79	89
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	92	92	88	83	89
TOTAL	97	94	90	84	91

La tabla anterior refleja el resultado del POA por vigencia y el promedio consolidado 2020-2023. Obteniendo un promedio final de ejecución del **91%**. Siendo este el porcentaje de cumplimiento del Plan De Desarrollo 2020-2024.

En la vigencia 2023 no se dio cumplimiento con la meta establecida en el POA y plan de gestión.

Observaciones.

1. Se recomienda el registro oportuno de los indicadores con el respectivo análisis, en el Software DARUMA, así mismo la revisión de las metas por los líderes de proceso.
2. Adjuntar Evidencias idóneas.
3. Socializar con los equipos de trabajo, las estrategias, actividades, producto esperado, meta de los indicadores; actividad de gran importancia, para el logro de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo 2020-2024.
4. Remitir la información oportunamente a la oficina de planeación, para el respectivo seguimiento y consolidación del POA.

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA
Asesor de Planeación

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSA BLE	PROCE SO	AREA	TOTAL promedio trimestral 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.											INDICADOR/ DARUMA
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Mejorar los procesos de costos, contratación y mercadeo; optimizando la gestión administrativa y financiera.	1. Costos implementados, analizados y acta de socialización con cada líder.	Numero de informes generados y analizados con el líder del proceso	11	12	Profesional universitario de costos	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	11	92	indicdor tendencia negativa	<u>G-21 Informe Costos</u>
		2.Gastos de operación medidos por cada centro de costo.	Participación del costo del recurso humano en el costo total.	57,6	68				64,8	100		<u>GF-19 costo recurso humano</u>
		3. Costeo de tecnologías (servicios)										
	Optimizar los procesos de facturación y cobro de cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos.	1.Indicadorores de facturacion, cartera y glosas registrados y analizados 2. control entrega facturas a cartera. (codigo de barra) 3. Saneamiento de cartera y operativización de comité. 4.Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación. 5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año. 6. Planes de mejora ejecutados	control de Ingresos en estado registrado	2,4	2,5	profesional universitario de facturación	Gestión financiera	Auditoria cuentas médicas	2,17	86,6	<u>GF-14 control de Ingresos</u>	
			Radicación a cartera del valor facturado	94,2	95		Gestión financiera	Cartera	90,08	94,8	<u>GF-12 Radicacion a Cartera FAC</u>	
			Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera	93,8	90	técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	92,8	100	<u>GF-27 radicada entidad</u>	
			Rotación de cartera	1,27	1,10	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	1,13	100	<u>GF-10 rotacion cartera</u>	
			Porcentaje de recuperación de cartera.	41,4	25	Tesorero general y Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	54,9	100	<u>GF-03 recuperacion cartera</u>	
			porcentaje de cartera conciliada	73,7	35	Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	65,29	100	<u>GF-23</u>	
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	86	90				99,1	100	<u>GF-06 respuesta objeciones</u>	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL promedio trimestral 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
			Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	2,8	6	profesional especializado de cuentas medicas	Gestión financiera	Auditoria cuentas medicas	1,93	100		GF-04. objecionesdefinitivas
			porcentaje de conciliación de glosas en el periodo	NA	0				0,00	0		pendiente ficha técnica Daruma
					TOTAL					91		



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA
Asesor de Planeación

Elaboró, Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO								CODIGO	DE-F-01
									VERSIÓN	003
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2023								VIGENCIA	2024-01-11

PERSPECTIVA:	CLIENTE											INDICADOR/D ARUMA
POLITICAS	1. Política del sistema integrado de gestión 2.Política pública de participación social en salud. 3.Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo. 4.Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 5.Política de comunicaciones. 6.Política de Prestación de Servicios de Salud											
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1.Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.											
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2023	RESPO NSABL E	PROCE SO	AREA	TOTA L 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.		Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia	3,05	5	Director servicios ambulat orios	Gestión ambulat oria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatori os	6,4	78	GAA-PLG-256-44EX , indicador plan de gestión meta 8 días	http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/208
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecología	3,44	7				5,9	100	GAA-256-43-EX, tendencia negativa	http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/207
		1. Indicadores analizados para evaluar la calidad en la atención definidos y metas establecidas para medir oportunidad en los servicios.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Cirugía General.	9,86	15				8,96	100	GAA-256-45-EX	http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/209
		2. informe de seguridad del paciente (reporte, análisis y acciones de mejora).	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	4,5	5				2,4	100	GAA-PLG-256-42EX, indicador plan de gestión meta 5 días	http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/206
		3. Programa de Humanización actualizado.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	10,1	10				7,4	100	GAA-PLG-256-41EX, indicador plan de gestion meta 15 días	http://186.118.168.204/app.php/indicator/view/id/205
		4.Planes de acción para mejorar la calidad en la atención implementados.	% de quejas, reclamos y sugerencias resueltas oportunamente	98,0	100	profesio nal universit	Servicio de informaci	SIAU	98,6	98,6		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	Profesio nal universit ario laborato rio clínico	Laboratori o clínico	Laboratori o clínico	95	100		LC-02 oportunidad exámenes validados.
			Oportunidad resultados TSH Neonatal	98,3	95				96,7	100		Oportunidad resultados TSH Neonatal LC-10

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABLE	PROCE SO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	25,9	24	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	36,1	66	Resultado en horas, tendencia negativa	IM-04 oportunidad entrega rayos X
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	0,36	3	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	0,35	100	Resultado en días	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/126-IM-256-07-EXT
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	93,4	90	profesional universitario atención al usuario	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	93,95	100	Procedimiento Evaluacion de la satisfacion del usuario con la prestacion de los servicios asistenciales. Indicador diligenciado en modulo Daruma Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS SIAU 256-46 EXT
	Estructurar un Plan de Endomarketing y Engagemen que mida la preferencia del cliente interno y externo con la ESE.	1. Informe de colaboradores comprometidos y que perciben buena imagen de la institución 2. informe del sistema de evaluación de desempeño-compromisos comportamentales. 3. Informe de seguidores, publicaciones, alcance, indicador de efectividad.	Proporción Global de colaboradores comprometidos con la institución.	92,0	70	Director Administrativo de talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	69	99	Informe de medición del clima laboral relaizado por oficina de Dirección de Talento Humano.	
			Efectividad de los canales de difusión	0	90	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	Asesor de Planeación	87,7	97	Como parámetro de medición a la efectividad de nuestros canales de difusión externos, se decidió medir el crecimiento de nuestras redes sociales mediante un indicador relacionado al número de seguidores que se obtienen durante el año. Indicador creado en 2023.	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	9,83	100	Indicador (días) tendencia negativa GF-24, en días	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/319
		2.Medición y análisis de rotación de cuentas por pagar a proveedores.	Oportunidad en el pago a proveedores	129	190				18,91	100	Indicador (días) tendencia negativa GF-25, en días	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/320
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Lograr la efectividad en el proceso de Atención.											
	Evaluar la adherencia a guías	1.Instrumentos de medición y evaluación aplicados de acuerdo al cronograma establecido por el proceso Mejoramiento Continuo.	Proporción de Adherencia a Protocolos	80,1	85	Asesor de	Direccionamiento	Sistema integrado de gestión	81,50	100	Indicador semestral MC-PS-01, se	Adherencia protocolos

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
Evaluación de resultados de atención en salud.	y protocolos.	2. Acciones de mejora formuladas e implementadas según los resultados de la medición y evaluación aplicada a las adherencias a guías y protocolos.	Proporción de Adherencia a Protocolos	70,1	65	de calidad	estratégico	de gestión de la calidad	71,30	100	mide cada 6 meses	ANEXOS DE EVALUACIÓN
	Fortalecimiento de competencias técnicas al personal asistencial.	1. plan de capacitación aprobado y ejecutado. 2. Evaluaciones de desempeño al personal de planta aplicado con la normatividad vigente. 3. informe y Acciones de mejora.	Porcentaje de cumplimiento Plan de Capacitación	95,5	70	Director Administrativo	Talentos Humanos	Dirección de Talentos Humanos	94,73	100		TH-04 plan capacitado ejecutado
			cobertura del plan de capacitaciones	83,3	80				101	100		TH-01 cobertura plan capacitación
			Porcentaje de personal evaluado aplicativo CNSC	97,6	100				98,47	98		TH-10 personal evaluado
	Capacitación en programas de autocuidado a los usuarios y sus familias.	1. Programación y cumplimiento de capacitación a usuarios y sus familias.	Nro. capacitaciones realizadas/ programadas	100	90%	profesional universitario SIAU	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	100	100	1. Se evidencia Cronograma anual de capacitaciones 2. Actas de capacitación y resgistros Evidencias en Daruma y consolidado enviado al correo electrónico planeación@hmi.gov.co	
		2. registros y evidencias de la capacitación.										
	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, hospitalarios	Porcentaje de usuarios satisfechos con el tratamiento brindado.	100	90	Director operativo servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	95	100	Indicador Registrado a partir de septiembre de 2021. (muestra Total de cirugías programadas realizadas de ginecología y obstetricia)	SIAU-PLG 05
		2. acciones de mejora realizadas.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3. Fortalecer la gestión del Recurso físico y logístico.											
	Gestionar la financiación del proyecto para la construcción, remodelación, adecuación del HDMI, acorde a las necesidades de los servicios.	Estudios entregados, debidamente soportados y aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. Estudios entregados al Ministerio de Salud 2. Viabilidad técnica expedida por el Ministerio el día 29 de junio de 2022 radicados: "Proyecto de Construcción, remodelación y ampliación del Hospital María Inmaculada ESE de Florencia en el Departamento del Cauca". Radicados Min	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	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	1. Resolución No. 1940/2020 por valor de \$3.469.779.590 MINSALUD 2. Ejecutados mediante contrato No.00516 2021 Distrisalud por valor de \$3.468.053.390 3. contrato No.00733 de 2021 Fresenius Medical por valor de	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 hospitalarias, 30 ventiladores estacionarios, 30 monitores de signos vitales, 3 carros de	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. Ejecución del proyecto de Dotación de equipos Gobernación de Caqueta, (se evidencia comprobantes de ingresos de activos No.510,511,534 y 509 de 2020 por valor de \$4,336,417,465,00 2. Convenio de comodato con el Departamento. (ventiladores).	NA
	Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E, de Florencia Caquetá.	Proyecto Ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	Ejecutado mediante contrato No. 00990 de 2020 <u>CARPELA</u> UCI ADULTOS. \$2,314,954,631,00	UI
	Dotación del servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	Asignación de Recursos por el Ministerio de Salud Resolución No. 3373 de 2019 por valor de \$717.000.000,00 , ejecutado mediante contrato No.1034 de 2020.	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	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100		NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABL E	PROCE SO	AREA	TOTA L 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
Gestión y Ejecución de Proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria	Diagnosticas del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100	Asesor de planeación	Direccion amiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	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. 2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. Contrato de outsourcing del resonador magnético, elaborado y legalizado. Contrato No.001 de 14 de octubre de 2020. 2. Obra terminada con su respectiva dotación 3. Fecha apertura del servicio sep/2021. 4. Servicio puesto en	NA
	Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Angiógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	1.contrato de outsourcing del Angiografo realizado y legalizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0%				0	0	PROYECTO 2023 -2024	NA
		2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0%				0	0		NA
	Proyecto para Equipo de Hipotermia para Asfixia Perinatal, Polisomnografo.	2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	Contratación del profesional especializado No. 786 DE 2021 Pediatra /Centro de estudios neurofisiológicos para apoyo diagnósticos Neurológicos. Outsourcing NEUROPEM	NA
	Proyecto de dotación para el equipamiento de la Lavandería.	1. Proyecto elaborado y gestionado 2. Proyecto ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50				0	0	PROYECTO 2023 -2024	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	Se anexa evidencia aprobación del Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud.	NA
		Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				80	80	1.PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA CON SOPORTES Y COTIZACIONES. 2. concepto Técnico SECRETARIA DE SALUD CAQUETA 3.REVISION Y MESA TECNICA EN MINSALUD 2023 4. Devolución Minsalud Enero de 2024.	NA
	Adquisición de (1) ambulancias de transporte asistencial medicalizado para el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado, radicado a la Secretaría de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social . (ambulancia Basica) .	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. PORYECTO CON VIABILIDAD TECNICA POR EL MINISTERIO DE SALUD. 2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS RESOLUCIÓN NO. 2538 DE /2022. por valor de \$380,000,000.00 3. ESTUDIOS PREVIOS Y PROCESO CONTRACTUAL. 4. Ejecutado mediante contrato No. 1705 DE SEP/2023 Por valor de \$850,000,000.00	NA
		1. Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				50	100		NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	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 Secretaría de Salud de Caquetá y/o Ministerio de Salud y protección social .	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. PROYECTO CON VIABILIDAD TECNICA POR EL MINISTERIO DE SALUD. 2. ASIGNACIÓN DE RECURSOS RESOLUCIÓN NO. 2538 DE /2022. por valor de \$380.000.000,00 3. ESTUDIOS PREVIOS Y PROCESO CONTRACTUAL. 4.4. Ejecutado mediante contrato No. No.1705 de Sep/2023 Por valor de \$850.000.000,00	NA
		1. Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				50	100		
	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				100	100	1. Contrato de outsourcing No. 01709 de fecha 20 de septiembre de 2023 GRUPO ONCOLOGICO SINA IPS SAS elaborado y legalizado. VIGENCIA 10 AÑOS.	NA
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50				20	40	2. Se encuentra en ejecución de obra y dotacion (servicio	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	1. PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA 2. PROYECTO PRESENTADO A SSDC 3. DEVUELTO PARA AJUSTES POR LA SSDC 4. HDMI REALIZO LOS AJUSTES EN 2023	NA
	Suministro e Instalación de Ascensor Camero para la sede principal del HDMI.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				50	50	radicado ante el Ministerio de Salud del proyecto "Dotación de equipos industriales de uso hospitalario" 2. Devolución por MINSALUD para ajustes.	
		Contrato de suministro realizado, ejecutado y puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	50				0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	NA
	Gestión para la adquisición del sistema de llamado de enfermería audible y visible, para el HDMI.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	100				50	50	1. PROYECTO FORMULADO en MGA, con sus respectivos soportes.	NA
	Gestión de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura de los Centros y Puestos de Salud Adscritos al	Proyecto registrado en la plataforma del plan bienal de inversiones en salud	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	Se evidencia en la plataforma plan bienal Ministerio de Salud.	
		Proyecto elaborado y presentado fuentes de financiación	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. PROYECTO ELABORADO Y PRESENTADO A LA SECRETARIA DE SALUD DE SALUD. 2. PROYECTO DEVUELTO POR LA SSD POR CONCEPTO TECNICO 3. PROYECTO CON ASIGNACION	NA

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABL E	PROCE SO	AREA	TOTA L 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
					2023								
	HDML.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	100				50	50	3. PROYECTO CON ASIGNACION DE RECURSOS SEGÚN RESOLUCION NO. 2772 DE 2022. por valor de \$159,081,720 (PS Santuario). 4. CONTRATO REALIZADO NO. 00780/2023 \$ 5. PROYECTO ASIGNACION	NA	
	Titulación de predios para los centros de salud de Morelia, Montañita, Unión Peneya y puesto de salud de agua bonita, barrio alternativo de todos; para gestionar y ejecutar proyectos de infraestructura física.	contrato elaborado y ejecutado (Legalización 5) predios).	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	48	100	Gerente y Profesional universitario de mantenimiento hospitalario.	Recursos físicos	Mantenimiento Hospitalario	50	50	Contrato elaborado y ejecutado (Legalización 5) predios). No.0807 de 2020. 1. Morelia 2. Unión Peneya 3.Agua Bonita 4. Barrio alternativo de todos (pendiente legalización). Nota: El predio del centro de salud Montañita, actual no fue	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		54,5	100	Informe de ejecución del plan de mantenimiento Hospitalario (infraestructura), enviado a la SECRETARIA DE SALUD, el día 19 enero de 2024 radicado 0133 de 22 enero de 2024. En el plan de mantenimiento se proyecto el valor de \$3.090,767.000 para la vigencia 2023, (valor ajustado para el segundo semestre) de los cuales se ejecutaron \$1,685,974.000. con un porcentaje de ejecución del	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 de planeación estratégico	oficina Asesora de Planeación	30	30	1. PROYECTO FORMULADO en MGA pendiente cotizaciones	NA	
		contrato elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	100				0	0		NA	
	Adquisición y reposición de tecnologías de la información (equipos de cómputo, servidores, almacenamiento, licenciamientos etc).	1.Plan de Compras 2.contrato elaborado y ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	80	Profesional universitario de sistemas de información	Tecnología e información	Sistemas Informáticos	100,0	100	A 31 DE DICIEMBRE DE 2023 Se ejecutó el valor de \$404.138.965.00. siendo la meta EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2024 \$360 millones. (\$90 millones anual). Se anexa informe de la profesional universitario de sistemas de información	NA	
	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	contrato elaborado y ejecutado Meta Plan de Desarrollo 2020-2024. valor de la inversión \$700,000,000 META ANUAL 175 MILLONES	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	80				14,9	19	La meta en el plan de desarrollo 2020-2024 es de \$700 millones. (meta anual \$175 millones, en la vigencia 2023 se ejecutó el valor de \$26.174.050. Entre las vigencias 2020, 2021 y 2022 se ejecutaron \$441.383.391.	NA	
	OBJETIVO ESTRATÉGICO	4.Ampliar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad.											
			1. Portafolio actualizado									1. Portafolio de servicios actualizado y publicado pagina web HDML y Daruma-portal informacion institucional version 2	
			2. Servicios ofertados										

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABL E	PROCE SO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
Mejorar la capacidad instalada de acuerdo a la morbilidad de la población, ampliando los niveles de responsabilidad y complejidad de los servicios de salud prestados.	Ofertar los servicios de UCI adultos, Resonancia magnética, oncología, nefrología, Unidad Renal, cardiología, cardiología pediátrica, Urología, neurocirugía, Nueropediatra, Cirugía artroscópica y servicio de medicina laboral.	3. Proyectos de infraestructura, dotación, outsourcing elaborados, gestionados y ejecutados.	número de nuevos servicios ofertados	2	2	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	1	50	2. Certificación de Servicios ofertados REPS. actualizada. ***2020 1.Nefrología, 2.Neurocirugía 3.Cardiología pediátrica. 4.Neuropediatría, ----Cirugía artroscopica ***2021 1..Resonancia Magnética 2-UCI ADULTOS	NA
		4. servicios habilitados.										
					TOTAL					81		

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

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA
Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO										CODIGO	DE-F-01
											VERSIÓN	003
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2023										VIGENCIA	2024-01-11

PERSPECTIVA:	PROCESOS INTERNOS											INDICADOR/ DARUMA
POLITICAS	1.Política del sistema integrado de gestión 2.Política de comunicaciones 3. Política de Humanización. 4.Política de Prestación de Servicios de Salud											
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1.Incrementar la seguridad del paciente.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2023	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad del paciente y medición de adherencia a protocolos.	1. Eventos adversos analizados según el programa seguridad del paciente. 2. Informe de seguridad del paciente semestral. 3. Indicadores diseñado y analizados. 4.Plan de acción a realizar según los hallazgos.	Proporción de Pacientes No. Identificados Correctamente	0,40	1,5	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	0,26	100	tendencia negativa, indicador en %	MC-PS-04 paciente no identificado
			Tasa De Eventos Adversos Institucional	7,3	10				5,31	100	Indicador de tendencia negativa/...10 por cada 1000	MC-SP-20 eventos adversos
			Proporción Reporte de Eventos de Seguridad	76,5	70				75,66	100	Resultado positivo, respecto al la cultura del reporte, indicador de	MC-SP-21Reportes Evento adverso
			Razón de Eventos de Seguridad	9,74	15				8,46	100	Indicador tendencia negativa	MC-SP-22 Razon evento adverso
			Tasa de Infección intrahospitalaria	0,17	1	Profesional universitario Epidemiología	Gestión Hospitalaria	Dirección de servicios Hospitalarios	0,15	100	Indicador tendencia negativa	GUO-007InfeccionIntrahospitale
			Razón de Mortalidad Materna	0	1				0,00	100		GUO-006 mortalidadmaterna
			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	98,03	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				89,1	99		MC-PLG-13EEvaluacionGuiaMC R
			Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,16	0,80	Profesional Universitario Bacteriólogo	Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	0,12	100	Indicador en porcentaje, tendencia negativa	LC-04 muestra no cumplen criterio calidad

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,23	0,50	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	0,31	100	POR CADA 1000/ DIAS ESTANCIA	MC-256-30-SE tasade caidas
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutiveidad clínica y la seguridad del paciente.	1.Indicadores diseñados y analizados. 2. Análisis de eventos adversos 3. Auditoria 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	0,42	100	indicador tendencia negativa (%)	GUO-05 estancia observacion
			Oportunidad para la ejecución del plan terapéutico en la atención inicial de urgencias de pacientes clasificados como triage II	35,6	60	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	34,13	100	Indicador resultado en minutos	GUO-03 oportunidadatencion Urgencias
			Faltantes de productos en la farmacia según pedido solicitado en un periodo.	7,9	10	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	11,11	90,0	porcentaje SF-08	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/308
			Porcentaje de medicamentos e insumos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	1,3	2	Profesional Universitario químico Farmacéutico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	1,2	100	porcentaje SF-05	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/249
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	0,91	0,95	Subgerente científico	Misionales	Servicio de cirugía y urgencias	0,97	100	Indicador SC-PLG-14 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN. Tendecnia positiva	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	94,51	100	GH-PLG-16 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN, tendencia positiva	http://186.118.168.204/app.php/indicador/view/id/25
	Realizar búsquedas activas de acciones inseguras en la prestación de servicios, mediante la realización de rondas de seguridad.	1. Rondas de seguridad.	Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Asesor de Calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	4	100		Informe Rondas de seguridad
		2. evidencia acciones inmediatas										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos Internos											
	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 gestión de calidad y Dirección de servicios ambulatorios	76	100	cronograma ejecución de cronograma asignación de apoyo en el proceso de implementación por parte de la oficina de calidad.	Informe de actividades

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
Mantener el Sistema Integrado de gestión, para acceder a los incentivos al desempeño para la calidad y eficiencia otorgados por el gobierno Nacional.	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 gestión de calidad	87	94,6		Aplicación lista de chequeo Resolución 3100/2019
	Diseñar y ejecutar el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	1. Plan auditoria para el mejoramiento de la calidad diseñado y ejecutado.	MC-01 Porcentaje de cumplimiento del programa anual de auditorías internas de calidad	100	90	Asesor de calidad	mejoramiento continuo	Sistema integrado de gestión de calidad.	2	74,1	1. Se anexa programa anual de auditorias	MC-01 cumplimiento programas auditorias
		2. Informe de las auditorías 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 gestión de calidad	4	100		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 gestión de calidad	37	41,1		1. creación del indicador 2. evaluación semestral MC-PLG-02
2. Planes de mejora realizados de la Autoevaluación de los estándares de acreditación.												
3. Seguimiento a los planes de mejora.												
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Mejorar la eficiencia y productividad de los procesos administrativos y asistenciales.											
Modernizar la Planta de 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 de acuerdo a las necesidades y requerimientos identificados.	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	100	Acuerdos de modificación planta de personal (archivo de gerencia y talento Humano)	NA
	Realizar, adoptar e implementar cambios en la Estructura Organizacional, de acuerdo al Nivel Jerárquico y responsabilidades establecidas, facultando a la gerencia para realizar la gestión integral.	1. Estructura organizacional actualizada resultado del estudio técnico	Estructura organizacional aprobada y publicada.	0	1				0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	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	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Identificar e intervenir los riesgos en los procesos.											
Fortalecer el Sistema de gestión del Riesgo.	1. Designar un líder para el seguimiento y control al programa de riesgos institucional. 2. Diseñar cronograma de capacitación en riesgos. 3. Realizar los análisis para las acciones de mejora y la toma de decisiones frente a la materialización de los riesgos.	Cronograma de actividades diseñado e implementado, incluido asistencia técnica a líderes de proceso.	1. Cronograma diseñado 2. Cronograma ejecutado 3. Asistencia técnica a líderes de proceso.	3	3	Asesor de Calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado gestión de calidad	3	100	1. Se anexa cronograma de capacitaciones de Riesgos 2. Se anexa acta de socialización 3. Acta de seguimiento a Riesgos	NA
		1. Riesgos Analizados y gestionados.	Informes analizados y gestionados ante comité de MIPG frente a la materialización de los riesgos.	4	4				4	100	Se anexa informes de riesgos presentado al comité y socializado	informes
		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	6	60		cronograma , actas, lista de asistentes
		2. Colaboradores actualizados en normatividad en salud.										

88



Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA
Asesor de Planeación

	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO									CODIGO	DE-F-01
										VERSIÓN	003
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2023									VIGENCIA	2024-01-11

PERSPECTIVA:	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA											INDICADOR/D ARUMA
POLITICAS	1. Política de Responsabilidad Social 2. Política del sistema Integrado de gestión 3. Política Plan estratégico de seguridad vial. 4. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas. 5. Política de comunicaciones. 6. Política de Prestación de Servicios de Salud											
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Desarrollar relaciones laborales motivadoras con los colaboradores y sus familias.											
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META 2023	RESPON SABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACION ES	
	Crear un Programa que patrocine la finalización de estudios técnicos, a través de convenios interinstitucionales.	1. Creación de programa 2. Convenios institucionales formalizados.	Programa elaborado y aprobado	0	1	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	0	0	En Proceso, Se encuentra en proceso de formalización en daruma, se obtuvo base de datos mediante	NA
	Implementar aula de aprendizaje virtual para beneficio de los convenios docente asistencial.	1.Aprobación por la gerencia 2.Espacio físico con infraestructura y dotación para aprendizaje virtual y presencial 3.Espacio creado en la pagina web como aula virtual	Porcentaje de avance del proyecto del Aula de aprendizaje	0	50	Medico general Hospitalario	Gestión hospitalaria	Subgerencia científica	0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG	
	Liderar un programa de capacitación continua al personal asistencial interno y externo, certificado por el Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Programa de capacitación continua formulado e implementado	Cobertura del plan de capacitaciones	100	80	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	101	100		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				94,7	100	TH-04 plan capacitado ejecutado	
		Fortalecer el funcionamiento del sistema de gestión para la salud y la seguridad en el trabajo.	Estandares minimos de SST cumpliendo con la norma Resol. 0312 de 2019	Cumpliento de estandares minimos de SST	92,7	89	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	98,5	100	

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPON SABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACION ES	
					2023							
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	Desarrollar la política para integración de colectivos desfavorecidos.	Colectivos y las áreas de la organización objeto de integración plenamente identificadas(política diseñada)	Nro. Personsas vinculadas perteneciente a un grupo desfavorecidos,	53,4	50	Director Administrat ivo	Talento human o	Dirección de talento humano	50	100	informe reposa en talento humano	
		Política implementada	Politica creada y aprobada	1	1				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 universitari o de SST	Talento human o	Oficina de salud ocupacio nal	2.121	100		NA
	Realizar medición del clima laboral y organizacional.	Clima laboral medido.	Porcentaje de funcionarios satisfechos en el trabajo	87	70	Director Administrat ivo	Talento human o	Dirección de talento humano	76	100	Como evidencia se adjunta el informe consolidado y analizado de los resultados de la encuesta de clima organizacional realizada a través de medio electroncio y se encuentra disponible en la carpeta de calidad (encuestas institucionales)	https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGILGmh5fJeesattbILSaPahPIZ7bMQnxxH9MZNd-aB_INfA/closedform
		Intervención de los resultados de la medición	Porcentaje de servicios intervenidos de acuerdo a los resultados de la medición.	100	90				100	100		
	OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Contribuir a la protección y conservación del medio ambiente.										

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPON SABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACION ES		
					2023								
Adopción de una Política Verde	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	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos físicos	Ingeniería ambiental	4	100			
	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				1	100	Integracion institucional a una jornada de reforestacion en el Dpto.		
	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				0,81	100	Indicador de tendencia positiva RF-GA-18	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/153	
		Disminución del gastos en servicios públicos.	Diferencia de consumo de agua del año actual con respecto al año anterior	0,58	1,0				0,37	100	Indicador tedencia negativa RF-GA-09	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/168	
			Porcentaje de consumo de energía del año actual con respecto al año anterior	15,7	15				19	81	Indicador tendencia negativa Indicador tedencia negativa RF-GA-14	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/167	
	Vincular las acciones institucionales de reciclaje con campañas Nacionales	Hospital vinculado con campañas Nacionales de reciclaje y pos consumo.	No. de campañas nacionales de reciclaje con las que el hospital se vincula	1	1				1,00	100			
	Fortalecer la cultura ambiental institucional	1. participación activa en la Semana de la calidad	cumplimiento de los productos		3				2	1	50	Adherencia institucional a la semana ambiental y el día del medio ambiente.	
		2. Implementar la semana ambiental.											
		3. Vinculación en la celebración del día del medio ambiente.											
		Avisos educativos publicitarios para uso adecuado de recursos y residuos	A través de las tic´s realizar difusión de estrategias.	4	4				4	100	La evidencia de la difucion masiva de correos puede ser corroborada en cual quier buzón institucional.		
		1. Indicadores realizados y analizados.											http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/169

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPON SABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACION ES	
					2023							
		2. acciones de mejora realizadas.	actividades del PIGA	98,5	90				100	100	RF-GA-07	p.php/indicator/view/id/84
	Reducir la contaminación a través de la eliminación de residuos de un solo uso.	Adquisición de tecnologías para la eliminación de desechosables.	% disminución de contaminación por desechosables	0	0	Gerente, Profesional universitario o de gestión Ambiental	Dirección de planeación estratégica, Recursos Humanos	Ingeniería ambiental	0,00	0		
		Recursos peligrosos gestionados	Proporción de residuos peligrosos generados	29,7	45	Profesional universitario o de Gestión Ambiental	Recursos Humanos	Ingeniería ambiental	25,22	100	Indicador tendencia negativa RF-GA-19	http://192.168.1.9/app.php/indicator/view/id/154
	Mejoramiento de zonas verdes.	Zonas verdes mejoradas	Proporción de áreas intervenidas	4	4				4	100		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.											
Generación de ingresos y Desarrollo de la Comunidad	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción.	Programa de generación de ingresos para provisión de manufacturas creado	No de empresas y/o persona natural beneficiadas con el programa	20	2	Director Administrativo de Talento Humano y Asesor de Planeación	Dirección de planeación estratégica y Talento Humano	oficina asesora de planeación y Dirección de Talento humano	23	100		
		Ingresos generados a los beneficiarios del programa	Ingresos (en millones pesos) generados por el programa	157.000	3.000				171.000	100		
	Unirse a campañas de ayuda para patrocinar el tratamiento de enfermedades.	Hospital vinculado a campañas de tratamiento de enfermedades	No de campañas para tratamiento de enfermedades con las que el hospital se vincula	0	0				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		

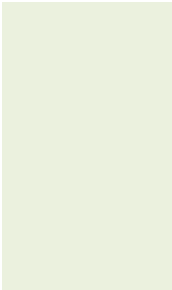
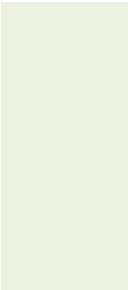
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	Crear un programa de ayudas (con elementos dados de baja en la institución); para personas desfavorecidas	Programa de ayudas en la institución (elementos dados de baja)	No. de personas beneficiadas en el año	2	2	Almacenista general	Recursos físicos	Almacén General	2	100	1. Acta de entrega 2. Registro fotográficos	
										79		

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

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA

Asesor de Planeación

Elaboró: Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación



ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	Ejecutar el programa de inducción y reinducción.	2. procedimiento implementado 3. Procedimiento evaluado	Cobertura del programa de Inducción y Reinducción	100	80	Director Administrativo Talento Humano	Talento Humano	Dirección de talento humano.	95,9	100	INDICADOR CARGADO EN DARUMA TH-05	http://192.168.1.9/app.php/indicator/view/id/122
OBJETIVO ESTRATÉGICO		2. Fortalecer una cultura organizacional orientada a la seguridad y Humanización del Servicio.										
Gestión del talento humano con énfasis en la humanización y seguridad en la atención	Seguimiento al Programa de seguridad del paciente MC-Pg-03 para fortalecer la cultura institucional.	1. Medición del clima de seguridad realizado por medio de la Encuesta de Clima de Seguridad dispuesta a todos los funcionarios en la ruta https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd1kShGZoAkjS6yjsN2DtqhMvIj4VlqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform 2. Informe de la medición del clima de seguridad en sus 8 dimensiones. 3. Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	100	90	Asesor de calidad	mejoramiento continuo	Sistema Integrado de gestión de calidad	100	100	Evidencia: Informe de medición de la Encuesta de Clima de Seguridad. En el mes de noviembre y diciembre se aplicó la encuesta de Clima de Seguridad dispuesta a todos los funcionarios en la ruta establecida. Los resultados no arrojaron hallazgos, ni inconformidades que deriven planes de mejora. Evidencia: Informe de medición de la Encuesta de Clima de Seguridad. se realiza cada dos años.	
	Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.	1. Rondas de seguridad del ambiente físico realizadas 2. Condiciones inseguras del ambiente físico encontradas y gestionadas	Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Subgerente Administrativo y financiero	Recursos físicos, tecnología información	Recursos físicos, tecnología información	4	100		
	Capacitación y formación de los colaboradores en la seguridad y atención.	1. Cronograma de actividades de implementación del programa de Humanización 2. Ejecución del cronograma	Cumplimiento del cronograma establecido para la implementación del programa de Humanización	5	80	Director de talento humano y Asesor de calidad	mejoramiento continuo.	sistema integrado de gestión de calidad	100	100		
	Realizar las acciones correctivas y sancionatorias de actos donde los colaboradores vulneren los principios de humanización y seguridad.	Disciplinarios abiertos a responsables de actos que atenten contra los principios de humanización y/o seguridad en la atención	Numero de procesos abiertos /número de quejas o informes presentados	100	100	Asesor control Interno disciplinario	control interno disciplinario	control interno disciplinario	100	100		

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES		
					2023								
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.												
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.	1.Diagnóstico de renovación de la tecnología biomédica actualizado.	Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	97,1	85	Profesional universitario de ingeniería biomédica	Recursos físico	Ingeniería biomédica	98,6	100	1. Hoja de vida equipos actualizados junto con reportes de mantenimiento preventivo 2. Anexo del plan mantenimiento y cronograma RF-13 INDICADOR	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/65_RF-13	
		2.Hojas de vida de equipos biomédicos actualizadas											
		3.Plan de Mantenimiento formulado e implementado	Tiempo de Respuesta en los Mantenimientos Correctivos de los Equipos Biomédicos.	4,4	3				5,4	56	1. Hoja de vida equipos actualizados junto con reportes de mantenimiento correctivo 2. indicador (días). 3. Para el tercer trimestre se evidencia aumento en el tiempo de respuesta debido a la demora en el proceso de adquisición e importaciones de	http://192.168.1.9/app.php/indicador/view/id/135_RF-03	
		Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la	modelo de gestión de la tecnología biomédica diseñado e implementado	modelo de gestión de la tecnología biomédica del HDMI	1				1	1	100		Documento elaborado evidencia DARUMA RF-M-05 version 1.
		Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar	Indicadores formulados y analizados	numero de indicadores implementados	2				2	2	100		Indicadores implementados, seguimiento oportuno
			plan de mejoramiento formulado y ejecutado										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4. Desarrollar y optimizar las tecnologías, para garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información.												
	Fortalecer la 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	59,2	100	1. Contratos legalizados con SYAC, IMEX, TIQAL, COMODATO ANNAR. 2. Ingeniero de SYAC en sitio, (capacitaciones, parametrización). 3. Actualización total e integración programada para 02 dic /2021 3. Aplazamiento	SE ANEXA INFORME DE MANTENIMIENTO Y COMPRAS	
	Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la	1. Plan de compras y adquisición programado y ejecutado. 2. Plan de Mantenimiento	Porcentaje de ejecución del Plan de compras y adquisiciones anual, plan de mantenimiento	75	70	Subgerente Administrativo y profesional universitario de sistemas	Apoyo	Subgerencia Administrativa	38	54			

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSA BLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2023	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
					2023							
	implemenactación.	Informe de cumplimiento con los elementos del análisis de un indicador										
	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del software y hardware de los sistemas de la información.	1. Actualización de políticas de seguridad. 2. Socialización de políticas de seguridad del software y hardwar 3. Informe de actividades gestionadas, para garantizar la seguridad de la información.	cumplimiento del producto esperado	3	3	Profesional universitario de Sistemas	tecnología e información	sistemas informáticos	3	100		
TOTAL										83		



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

OSCAR ANDRES VILLANUEVA OLAYA
Asesor de Planeación

Elaboró, Diana Marcela Cuellar Aldana/Planeación

