

Informe de Evaluación Plan Operativo Anual (POA) 2022

INTRODUCCION

A continuación, se describe el resultado consolidado del seguimiento y monitoreo realizado al Plan Operativo Anual (POA) del año 2022, 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.

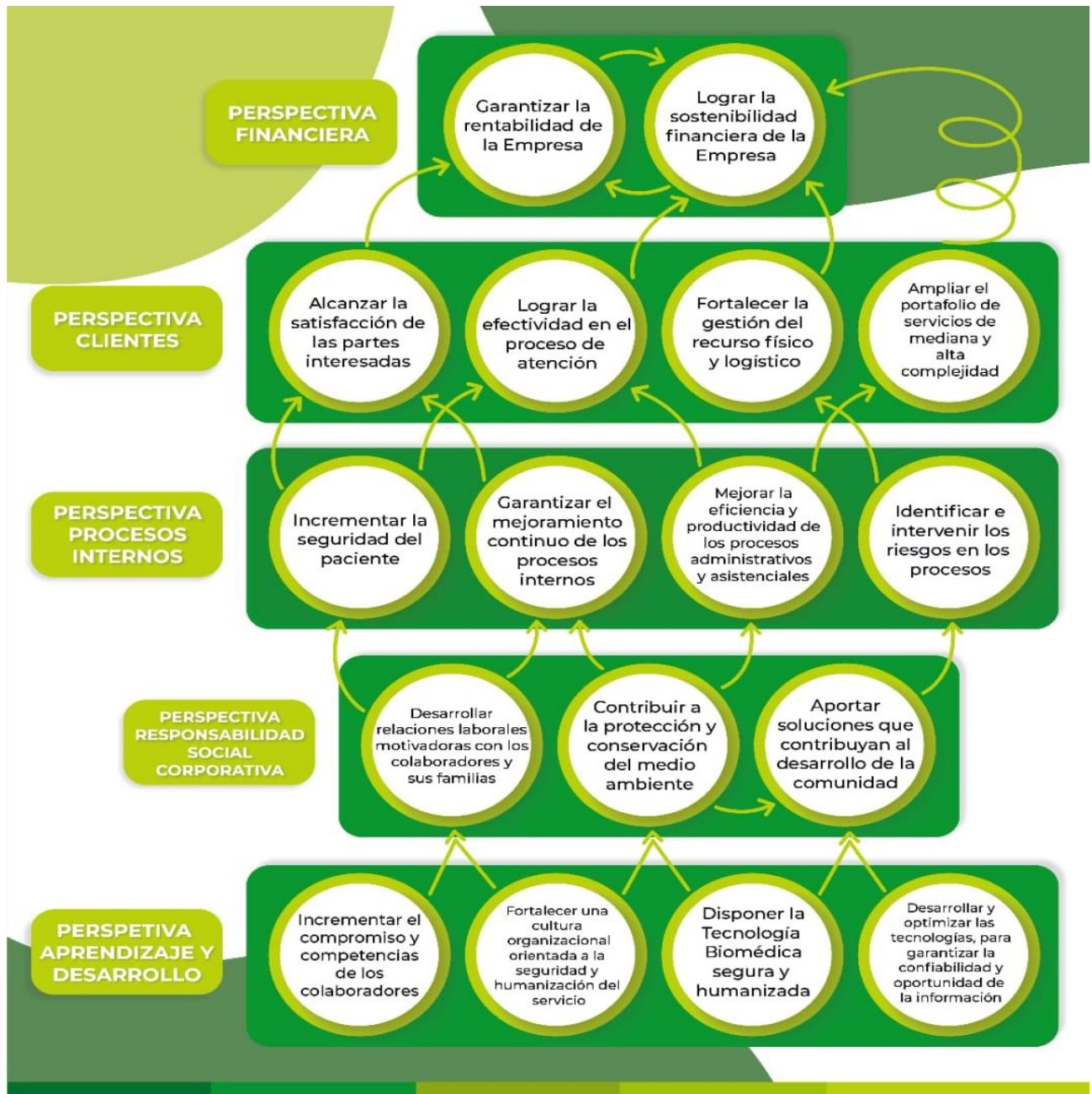
Para llevar un control sobre la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Desarrollo, la gerencia despliega un plan operativo anual, el cual da cobertura a los cinco ejes estratégicos, de tal manera que permita no solo dar cumplimiento al plan de desarrollo sino también al mejoramiento institucional.

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 2022, 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 2022, 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 2022, 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.

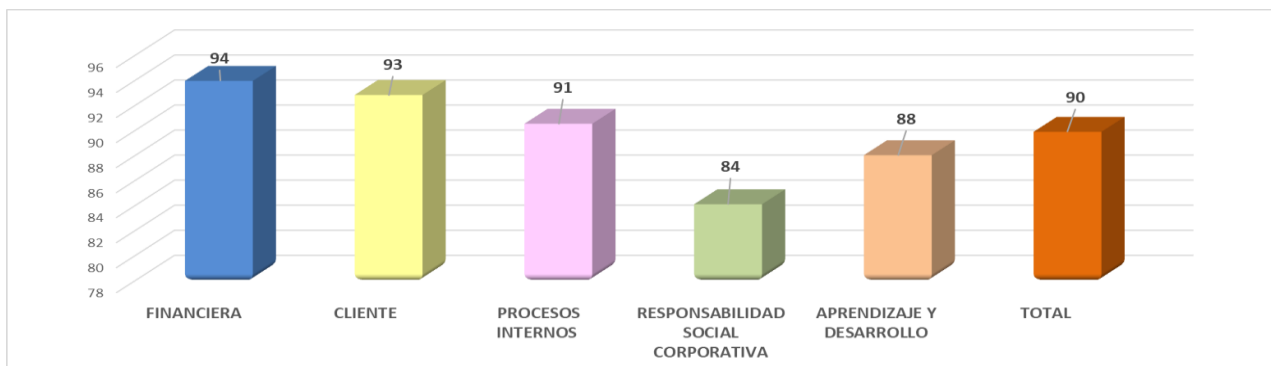
4. RESUMEN DEL PLAN OPERATIVO POR PERSPECTIVA 2022

En el año 2022, 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	94
CLIENTE	93
PROCESOS INTERNOS	91
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	84
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	88
TOTAL	90

Una vez finalizado el análisis del cumplimiento de todas las actividades propuestas con sus respectivos indicadores se obtiene un cumplimiento total del **90%**. Se anexa informe detallado, por objetivo, estrategia, perspectiva, actividad, producto esperado, indicador, línea base, meta, responsable, %cumplimiento y observaciones.

POA 2022



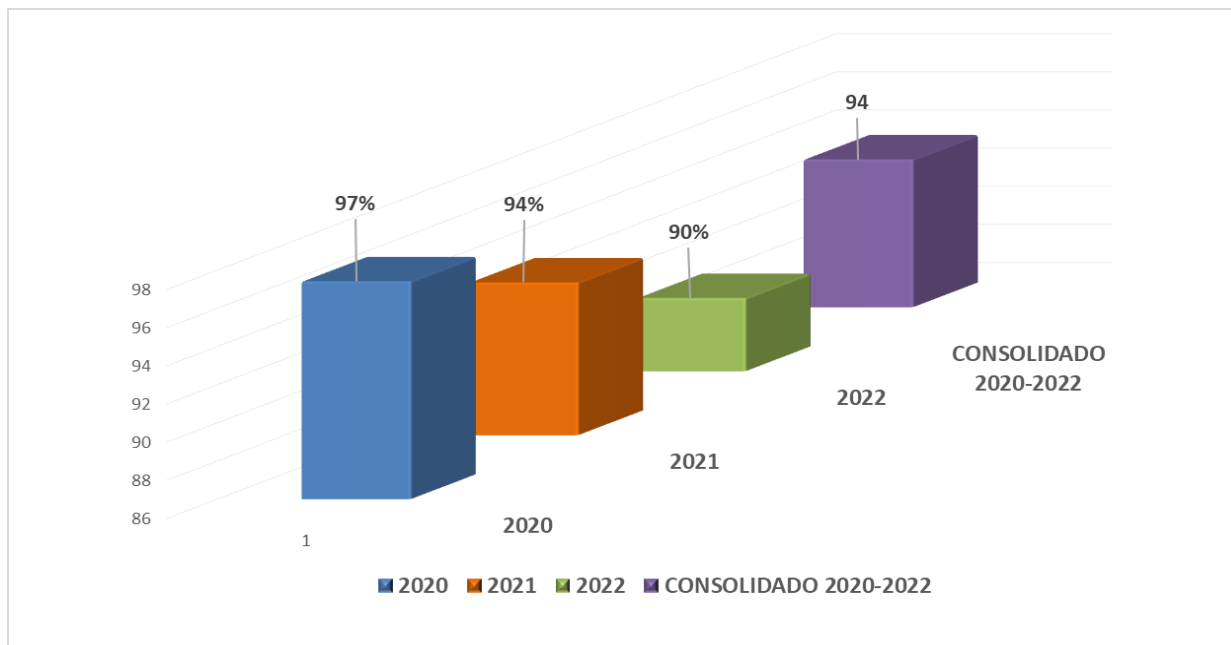
La meta establecida para la vigencia 2022 del Pla operativo anual -POA, es del 90% anual. Lo anterior en concordancia con las metas del plan de gestión, según la Resolución 408 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud protección social.

CONSOLIDADO PLAN OPERATIVO ANUAL – POA 2020-2022

EJECUCION POA -2020-2022				
PERSPECTIVA	2020	2021	2022	CONSOLIDADO 2020-2022
FINANCIERA	100	89	93	94
CLIENTE	97	98	94	96
PROCESOS INTERNOS	98	99	84	94
RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA	100	94	84	93
APRENDIZAJE Y DESARROLLO	92	92	88	91
TOTAL	97	94	90	94

La tabla anterior refleja el resultado del POA por vigencia y el promedio consolidado 2020-2022. Obteniendo un promedio final de ejecución del **94%**.

POA CONSOLIDADO 2020-2022



A 31 diciembre se dio cumplimiento con la meta establecida, siendo el resultado del **90%**; acorde con el 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.


LINA MARCELA GIRALDO RINCON
Gerente


JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación

Elaboro: Diana Marcela Cuellar Aldana /Profesional Universitario



	PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO										Código: DE-F-01
											Versión: 02
	PLAN OPERATIVO ANUAL 2022										Aprobado: 2020/09/01
PERSPECTIVA:	FINANCIERA										
POLITICAS	Política de Control y Austeridad en el Gasto. Políticas Contables.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Garantizar la Rentabilidad de la Empresa.										
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META 2022	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
Gestión de recursos suficientes que garanticen la liquidez de la ESE.	Maximizar la productividad de la capacidad instalada, para fortalecer la gestión contractual y financiera en la institución.	1. Indicadores diseñados, analizados por servicios y acciones de mejora. 2. Informe de servicios hospitalarios con estancia no pertinente identificados. 3. Análisis y acciones de mejora de causas de cancelación de cirugía y tiempos muertos de las salas realizado. 4. Informe estadístico y de producción por unidad funcional.	Porcentaje ocupacional (Institucional y por servicio)	91,0	80	Subgerencia Científica y Asesor de Planeación	Gestión Hospitalaria, Gestión Quirúrgica, Dirección miento estratégico	Dirección de servicios hospitalarios y oficina asesora de planeación	95,7	100	Informe estadístico y RIPS dic 2022. enviado a Junta Directiva
			Promedio estancia Paciente (Institucional y por servicio)	3,00	3				2,9	100	
			Giro Cama	8,6	8				9,5	84	
			Proporción de Cancelación de Cirugía (programada)	1,34	2	Enfermero Cirugía	Gestión Quirúrgica,	cirugía	0,49	100	indicador tendencia negativa expresado en porcentaje
			Razón Corriente	2,8	2	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	3,7	100	La razón corriente indica que por cada peso que el hospital debe a corto plazo, cuenta con 3.74 pesos, respaldando esa obligación. Esta razón nos refleja la disponibilidad de la empresa para atender las obligaciones del corto plazo.
			Solidez Financiera	2,65	2		Gestión financiera	Contabilidad y Costos	2,81	100	Da a conocer la consistencia financiera de la empresa. Esto quiere decir que por cada peso (\$1) que la empresa debe, cuenta con \$2,81 para respaldar esa obligación.
			Margen de rentabilidad	31	12	Profesional universitario	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	12,35	100	
	Mejorar las estrategias de negociación con las EAPB, con el fin de buscar el equilibrio financiero y social de la E.S.E.	1. tarifas competitivas y actualizadas. 2. contratos. 3. REPS actualizado.	Recaudo Vrs. venta	51	58	Asesor de Planeación y Tesorería	Dirección miento estratégico y Gestión financiera	Oficina asesora de planeación y Tesorería	55,7	96,0	Indicador GF-11 registrados a septiembre, se tomo datos de la ejecución y registros del formulario del SIHO DIC 2022

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABL E	PROCES O	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
		4.Oferta de nuevos servicios.				General		Administración			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Lograr la sostenibilidad financiera de la Empresa.										
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	Informe a Nov /2022
		2.Gastos de operación medidos por cada centro de costo.	Participación del costo del recurso humano en el costo total.	61,96	68				57,6	100	Información a Nov/2022
		3. Costeo de tecnologías (servicios)									
	Optimizar los procesos de facturación y cobro de cartera, con el propósito de lograr un mayor flujo de recursos que permitan el cumplimiento de los compromisos adquiridos.	1.Indicadores de facturación, cartera y glosas registrados y analizados 2. control entrega facturas a cartera. (codigo de barra) 3. Saneamiento de cartera y operativización de comité. 4.Renegociación con los deudores a través de contratos de transacción, acuerdos de pago y conciliación.	control de Ingresos en estado registrado	2,53	2,5	profesional universitario de facturación	Gestión financiera	Auditoría cuentas médicas	2,4	100	corresponden a los pacientes que se encuentran en urgencias,hospitalizados o inician las etapas del programa canguro.Se aclara que el numero de ingresos disminuye con respecto a los meses anteriores, por la disminucion drastica de la consulta externa, durante el mes de diciembre de 2022.Se debe tener en cuenta que el día viernes29 y sabado 30 de diciembre, se dieron bastantes salidas, las cuales se facturan hasta el lunes 02 de enero de 2023 y no quedan en la estadística del año.
			Radicación a cartera del valor facturado	91,6	95		Gestión financiera	Cartera	94,2	99	
			Radicación a entidad del valor facturado radicado a cartera	95,57	90	técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	93,80	100	
			Rotación de cartera	0,92	5	Profesional universitario de contabilidad	Gestión financiera	Contabilidad y Costos	1,27	25,4	Indica el número de veces que las cuentas por cobrar giran en promedio durante el año. Para el caso, las cuentas por cobrar giraron 1,26 veces a 31 de Diciembre de 2022

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINE A BASE	META	RESPO NSABLE	PROCES O	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
		5. Informe de Entidades con cobros pre jurídicos y jurídicos enviados durante el año. 6. Planes de mejora ejecutados	Porcentaje de recuperación de cartera.	22,7	25	Tesorero general y Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	41,4	100	De la cartera radicada a 31 de diciembre de 2021 que fue de \$74.471.823.210,00 en la vigencia 2022 se recuperò un total de \$30.843.120.938,74 que equivale al 41% del total de la cartera ,lo cual significa que se supero la meta propuesta por la direccion
			porcentaje de cartera conciliada	57,6	35	Técnico de cartera	Gestión financiera	Cartera	73,7	100	
			Porcentaje de respuesta a objeciones, devoluciones	106,4	90	profesio nal especializado de cuentas medicas	Gestión financiera	Auditori a cuenta s médicas	86	96	Indicador registrado a octubre de 2022
			Porcentaje de Objeciones y Devoluciones Definitivas	2,54	6				2,80	100	Indicador regsitrado a Junio de 2022.
			porcentaje de conciliación de glosas en el periodo	0	0				NA	NA	No existe regsitro en DARUMA, NO eixte el indicador
					TOTAL				94		

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



JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
Asesor de Planeación
Reviso

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/profesional Universtario/Planeación

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

PERSPECTIVA:	CLIENTE										
POLITICAS	1. Política del sistema integrado de gestión 2. Política pública de participación social en salud. 3. Seguridad de la información, lineamientos de uso y manejo. 4. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 5. Política de comunicaciones.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Alcanzar la satisfacción de las partes interesadas.										
ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
			Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de cita de Obstetricia	5,00	5	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	3,05	100	GAA-PLG-256-44EX , indicador plan de gestión meta 8 días
			Tiempo Promedio de espera para la Asignación de Cita de Ginecología	5,70	7				3,44	100	GAA-256-43-EX
		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.	8,80	15				9,86	100	GAA-256-45-EX
		2. informe de seguridad del paciente (reporte, análisis y acciones de mejora).	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Pediatría.	5,00	5				4,5	100	GAA-PLG-256-42EX, indicador plan de gestión meta 5 días

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
Aumentar los niveles de satisfacción de nuestros usuarios creando fidelidad hacia nuestros servicios.	Mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, con oportunidad, seguridad y trato humanizado.	3. Programa de Humanización actualizado.	Tiempo promedio de Espera para la Asignación de Cita de Medicina Interna.	9,90	10				10,1	99	GAA-PLG-256-41EX, indicador plan de gestion meta 15 días
		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 al usuario	SIAU	98	98	
		5. Comité de seguridad del paciente, MIPG, efectivo en la toma de decisiones.	porcentaje de exámenes validados oportunamente de la muestra definida.	90,3	85	Profesional universitario laboratorio clínico	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	92	100	
			Oportunidad resultados TSH Neonatal	99,4	95	Profesional universitario laboratorio	Laboratorio clínico	Laboratorio clínico	98,3	100	
			Oportunidad de entrega de los resultados de Rayos X a los servicios de Hospitalización y Urgencias	25,4	24	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	25,9	93	Resultado en horas
			Tiempo promedio de espera para la toma de ecografías.	2,04	3	Director servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	0,36	100	Resultado en días

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
			Proporción de Satisfacción Global de los usuarios	93,60	90	profesional universitario atención al usuario	Servicio de información y atención al usuario	SIAU	93,4	100	Procedimiento Evaluación de la satisfacción del usuario con la prestación de los servicios asistenciales. Indicador diligenciado en modulo Daruma Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS
	Estructurar un Plan de Endomarketing y Engagemen que mida la preferencia del cliente interno y externo con la ESE.	1. Informe de colaboradores comprometidos y que perciben buena imagen de la institución 2. informe del sistema de evaluación de desempeño-compromisos comportamentales. 3. Informe de seguidores, publicaciones y alcance 4. Informe ejecución plan de comunicaciones.	Proporción Global de colaboradores comprometidos con la institución.	92,0	70	Director Administrativo de talento Humano	Talento Humano	Dirección de Talento Humano	92	100	COMPROMISO Este factor tuvo el mejor desempeño (92%) de todos los factores determinantes del clima organizacional estudiados en el hospital María Inmaculada. Los resultados nos dicen que la institución cuenta con empleados orgullosos, comprometidos con su labor y dispuestos a trabajar arduamente, superando las expectativas trazadas con un esfuerzo extra. Que los colaboradores se sienten a gusto de pertenecer a la institución y brindan su lealtad a ella, su estado de ánimo es generalmente bueno y desean poder hacer su carrera profesional durante su estadía en ella.
			Alcance de las publicaciones	100	90	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	Asesor de Planeación	100	100	Se anexa informe a 31 de dic 2022 remitido por la técnico de comunicaciones.
Pago oportuno a contratistas y proveedores.	Mejorar la oportunidad en el pago a contratistas y proveedores.	1.Giros realizados con oportunidad.	Oportunidad en el pago a contratistas	48,0	60	Tesorero general	Gestión financiera	Tesorería general	18	100	Indicador (días) tendencia negativa GF-24, en días, inf a 30 sep/2022
		2.Medición y análisis de rotación de cuentas por pagar a proveedores.	Oportunidad en el pago a proveedores	160	190	Tesorero general	Gestión financiera	Tesorería general	129	100	Indicador (días) tendencia negativa GF-25, en días, inf a 30 sep/2022

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	Realizar seguimiento a la efectividad clínica de los egresos hospitalarios.	1. Informe de los registros de llamadas y seguimiento a pacientes con egresos hospitalarios de cirugías ambulatorias. 2. acciones de mejora realizadas.	Porcentaje de usuarios satisfechos con el tratamiento brindado	100	90	Director operativo servicios ambulatorios	Gestión ambulatoria y gestión primaria	Dirección de servicios ambulatorios	100,0	100	Indicador Registrado a partir de septiembre de 2021. (muestra Total de cirugías programadas realizadas de ginecología y obstetricia)
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	20	30				100	100	1.Entudios entregados al Minsiterio de Salud 2. Viabilidad tecnica expedida por el Ministerio el día 29 de junio de 2022 radicados: "Proyecto de Construcción, remodelación y ampliación del Hospital María Inmaculada ESE de Florencia en el Departamento del Caquetá. Radicados Min Salud No: 202242300933292 del 29 de abril de 2022, 202242301049352 del 13 de mayo de 2022, 202242301046252 del 13 de mayo de 2022 y 202242301131962 y 202242301136982 del 25 de mayo de 2022. 3. CONCEPTO DE VIABILIDAD TECNICA DE FECHA 29 DE JUNIO DE 2022
	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 \$41.970.805. 4. Resolución No. 1293 de 29 de Julio

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	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.	Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	1. Ejecución del proyecto de Dotación de equipos Gobernación de Caquetá, (se evidencia comprobantes 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).
	Remodelación del servicio de Hospitalización para la Implementación de la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos del Hospital Departamental	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. CARPETA UCI ADULTOS.
	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.
	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	
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	50	100				100	100	
	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	
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	100				100	100	
	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	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	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	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	100	100	
	Fortalecimiento del servicio de imágenes diagnósticas, para la operación del Resonador Magnético del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	1.contrato de outsourcing del resonador magnético, elaborado y legalizado. 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 funcionamiento a beneficio de la comunidad.
	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	NA	PROYECTO 2023
		2. Servicio puesto en funcionamiento a beneficio de los usuarios.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	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.
	Proyecto de dotación para el equipamiento de la Lavandería.	1. Proyecto elaborado y gestionado 2. Proyecto ejecutado	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				0	NA	PROYECTO 2023
		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.

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
Gestión y Ejecución de Proyectos de Infraestructura y Dotación Hospitalaria	Gestión para la reposición del Tomógrafo del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	100	0				50	50	1.PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA CON DEBIDOS SOPORTES Y COTIZACIONES. 2. REVISION TÉCNICA POR PARTE DE SECRETARIA DPTAL DE SALUD OFICINA DIRECCION Y DESARROLLO.
	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. SE MODIFICA EL PROYECTO TENIENDO ENCUNTA QUE EL HDMI ADQUIRIÓ AMBULANCIA MEDICALIZADA EN EL 2020, POR LO ANTERIOR SE CAMBIA A BASICA.
		1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				50	50	2, PROYECTO PENDIENTE DE ASIGNACION DE RECURSOS a 30 de septiembre de 2022. 3. Recursos asignados mediante Resolución No. 2538 de 2022 por valor de \$380 millones.
	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	0	100				100	100	1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO PENDIENTE DE ASIGNACION DE RECURSOS a 30 de sep/2022
		1.Proyecto con viabilidad técnica por MINSALUD 2. PROYECTO ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				50	50	3. Recursos asignados mediante Resolución No. 2538 de 2022 por valor de \$380 millones.
	Implementación del servicio de ONCOLOGIA, con su CENTRAL DE MEZCLAS, del Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Proyecto elaborado, contrato de outsourcing realizado.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	NA	PROYECTO 2023
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	NA				0	NA	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	Gestión del proyecto para la adquisición de la Unidad Móvil, para la captación de sangre, de HDML.	Proyecto elaborado y radicado a las diferentes fuentes de financiación.	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	0	100				50	50	1. PROYECTO ELABORADO EN METODOLOGIA MGA 2. PROYECTO PRESENTADO A SSDC 3. DEVUELTO PARA AJUSTES POR LA SSDC
	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	100	100				50	50	1. Se anexa evidencia de 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	0	NA				0	NA	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG
	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	0	NA				0	NA	PROYECTO 2023
	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				0	100	Se evidencia en la plataforma plan bienal Ministerio de Salud.
		Proyecto elaborado y presentado fuentes de financiación	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				100	100	1. PROYECTO ELABORADO Y PRESENTADO A LA SECRETARIA DE SALUD DE SALUD. 2. Asignación de recursos Resolución 2772 de 27 de diciembre de 2022. 3. Ejecución 2023
		Proyecto ejecutado y puesto en funcionamiento a los usuarios	porcentaje de cumplimiento del producto esperado	NA	0				NA	NA	

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	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 2022 SE HA EJECUTADO \$757,259,378 LA META EN PLAN DE DESARROLLO 2020-2024 \$360 millones, siendo la meta anual \$90 millones.
	Mejoramiento de la infraestructura de red de datos del Hospital María Inmaculada y sus centros de salud.	contrato elaborado y ejecutado Meta Plan de Desarrollo 2020-2024. valor de la inversión \$700,000,000 META ANUAL 175 MILLONES	Porcentaje de cumplimiento del producto esperado	86	45	Profesional universitario de sistemas de información	Tecnología e información	Sistemas Informáticos	100	100	A 30 DE DICIEMBRE DE 2022 SE HA EJECUTADO \$260,673,061.00. la meta anual según el PLAN DE DESARROLLO 2020-2024, es de \$175 millones.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	4.Ampliar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad.										
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.	1. Portafolio actualizado	número de nuevos servicios ofertados	3	3	Asesor de planeación	Direccionamiento estratégico	oficina Asesora de Planeación	2	66,7	1. Portafolio de servicios actualizado y publicado pagina web HDML y Daruma-portal inforamción institucional version 2 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 3. FISIATRIA (medicina física y rehabilitación)
		2. Servicios ofertados									
		3. Proyectos de infraestructura, dotación, outsourcing elaborados, gestionados y ejecutados.									

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
		4. servicios habilitados.									4. INFECTOLOGIA 5. NEFROLOGIA PEDIATRICA 6. Hemodialisis 7,Diagnóstico vascular ****2022 1. Medicina Familiar 2. Medicina del Dolor
TOTAL										93	

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



JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
 Asesor de Planeación
 Reviso

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/profesional Universtario/Planeación



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

PERSPECTIVA:	PROCESOS INTERNOS										
POLITICAS	1.Política del sistema integrado de gestión 2.Política de comunicaciones 3. Política de Humanización.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1.Incrementar la seguridad del paciente.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPO NSABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
			Proporción de Pacientes No. Identificados Correctamente	0,43	5	Asesor de calidad	Mejora miento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	0,40	100	
			Tasa De Eventos Adversos Institucional	5,00	10				7,3	100	Indicador de tendencia negativa/...10 por cada 1000
			Proporción Reporte de Eventos de Seguridad	82,75	40				76,5	100	
			Razón de Eventos de Seguridad	9,61	15				9,74	100	
			Tasa de Infección intrahospitalaria	0,14	1	Profesion		Direcció	0,17	100	Indicador tendencia negativa

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
Fortalecimiento de la cultura de seguridad.	Seguimiento a los eventos que vulneren la seguridad del paciente y medición de adherencia a protocolos.	1. Eventos adversos organizados 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.	Razón de Mortalidad Materna	0,06	1	al universitario Epidemiología	Gestión Hospitalaria	n se servicios Hospitalarios	0,00	100	se evidencia en el análisis de una (1) muerte materna en 4 trimestre. Causa no atribuibles a la prestación del servicio HDML.
			Evaluación De Aplicación De Guía En El Manejo De Los Trastorno Hipertensivos En Gestantes	89,00	80	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	98,5	100	
			Evaluación de aplicación de guía en el manejo del código rojo y/o hemorragias del III trimestre en gestantes	86,60	80				97,4	100	
			Porcentaje de muestras que no cumplen con los criterios de calidad.	0,2	0,8	Profesional Universitario Bacteriología	Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	0,16	100	Indicador en porcentaje, tendencia negativa
			Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0,25	0,50	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	0,23	100	POR CADA 1000/ DIAS ESTANCIA
			Porcentaje de pacientes con Estancia en el Servicio de Observación de urgencias mayor 24 hrs	22,9	20	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	16,5	100	Durante los meses de OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE no hubo pacientes en observación que superaran las 24 horas en este servicio.
			Oportunidad para la ejecución del plan terapéutico en la atención inicial de urgencias de pacientes clasificados como triage II	26,9	60	Director Operativo	Gestión de urgencias y obstetricia	Servicio de Urgencias	35,6	100	Indicador resultado en minutos

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPO NSABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	Fortalecer la gestión asistencial mediante estrategias que optimicen la resolutivez clínica y la seguridad del paciente.	1.Indicadores diseñados y analizados. 2. Análisis de eventos adversos 3. Auditoría concurrente de servicios de salud	Faltantes de productos en la farmacia según pedido solicitado en un periodo.	5,7	10	Profesional Universitario Químico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	7,9	100	porcentaje SF-08
			Porcentaje de medicamentos e insumos pendientes por entregar de los listados básicos institucionales	2	2	Profesional Universitario Químico	Servicio farmacéutico	Dirección de servicios ambulatorios	1,30	100	porcentaje SF-05
			Oportunidad en la realización de Apendicetomía.	93	90	Subgerente científico	Misionales	Servicio de cirugía y urgencias	0,91	100	Indicador SC-PLG-14 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN.
			Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	95,5	90	Médico General Hospitalización	Gestión hospitalaria	Servicio de hospitalización I,II,III	94,6	100	GH-PLG-16 INDICADOR PLAN DE GESTIÓN
	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 o gestión de calidad	4	100	Ronda de Seguridad en el servicio de Unidad Mental ACTA NO.149 DE 2022
		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.	28,7	30	Director operativo servicios ambulatorios y Asesor	gestión ambulatoria atención primaria	Sistema Integrado o gestión de calidad	15	50	
	Mejorar el cumplimiento de los estándares de habilitación con la normatividad vigente.	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación.	81	88	Asesor de calidad	Mejoramiento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	90	100	Se anexa evidencia de matriz de evaluación
		1. Plan auditoria para el mejoramiento de la calidad diseñado y ejecutado.									De acuerdo al programa anual de

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPO NSABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
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.	2. Informe de las auditorías realizadas.	MC-01. Porcentaje de cumplimiento del programa anual de auditorías internas de calidad	100	90%	Asesor de calidad	mejora miento continuo	Sistema integrado o de gestión de calidad.	100	100	Se realizaron auditorías para la vigencia 2022, se dió cumplimiento al 100% de las auditorías que se programaron; realizandose en el mes de abril la auditoría a proveedores, en el mes de mayo auditoría interna de calidad, en el mes de julio al SG-SST y en noviembre se realizó la auditoría externa de ICONTEC.
		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	Mejora miento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	4	100	Se anexa informe de seguimiento a 31 de diciembre de 2022 Comité y planes de acción
		2. Informe de seguimiento de los comités institucionales.									
	Realizar autoevaluación de los estándares de acreditación cumpliendo con	1. Autoevaluación de los estándares de acreditación.	Porcentaje de Cumplimiento de los Planes de Mejora de la Autoevaluación de	79	90	Asesor calidad	Mejora miento continuo	Sistema Integrado o gestión	78	87	1.Priorización de las oportunidades de mejora de acuerdo a la autoevaluación de los estándares de acreditación 2. Creación de los planes en DARUMA. 3. Socialización con cada líder de proceso, los planes de mejora de
		2. Planes de mejora realizados de la Autoevaluación de los estándares de acreditación.									

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPO NSABLE	PROC ESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
Fortalecer el Sistema de gestión del Riesgo.	1. Desegnar un lider para el seguimiento y control al programa de riesgos institucional.	Cronograma de actividades diseñado e implementado, incluido asistencia técnica a lideres de proceso.	1.Cronograma diseñado 2. Cronograma ejecutado 3. Asistencia técnica a lideres de proceso.	2	3	Asesor de Calidad	Mejora miento continuo	Sistema Integrado o gestión de calidad	3	100	Cronograma de cpacitaciones de Riesgos 2. Se anexa acta de socialización 3. Acta de seguimiento a Riesgos
	2.Diseñar cronograma de capacitación en riesgos.	1. Riesgos Analizados y gestionados. 2. Informe de acciones de mejora frente a la materialización de los riesgos.	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 Se adjunta presentación realizada al comité de mipg en diciembre de 2022
	3.Realizar los análisis para las acciones de mejora y la toma de decisiones frente a la materialización de los riegos.										
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	10	100	Se anexa actas y registros de asistencia 2022
		2. Colaboradores actualizados en normatividad en salud.									

91



.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO


JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
 Asesor de Planeación
 Reviso

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/profesional Universitario/Planeación

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

PERSPECTIVA:	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y CORPORATIVA										
POLITICAS	1. Política de Responsabilidad Social 2. Política del sistema Integrado de gestión 3. Política Plan estratégico de seguridad vial. 4. Prevención de consumo de alcohol, tabaco y drogas. 5. Política de comunicaciones.										
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Desarrollar relaciones laborales motivadoras con los colaboradores y sus familias.										
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	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 caracterización realizada, sigue concretar el convenio, difundir el programa y contactar a las personas beneficiadas
	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 3. Espacio creado en la página	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	Programa de capacitación continua formulado e implementado	Cobertura del plan de capacitaciones	82,5%	80	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	83,3	100	En el 4o trimestre de 2022 se logró capacitar 286 personas de un total de 357 funcionarios que se había programado, esto es, un 80% del personal proyectado según plan de capacitaciones del 4o trimestre de 2022.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
Desarrollo Humano y bienestar laboral.	En Hospital Departamental María Inmaculada ESE.	Seguimiento y evaluación de la efectividad del programa realizado	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Capacitación	98,9%	70			Humano	95,5	100	En el 4o trimestre de 2022 se programaron un total de 17 capacitaciones y 15 fueron realizadas a satisfacción.
	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 estándares mínimos de SST	88,5	89	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	92,7	100	Se anexa evidencia de fecha 10 de octubre de 2022
	Desarrollar la política para integración de colectivos desfavorecidos.	Colectivos y las áreas de la organización objeto de integración plenamente identificadas (política diseñada)	Nro. Personas vinculadas perteneciente a un grupo desfavorecidos.	50	50	Director Administrativo	Talento humano	Dirección de talento humano	53,4	100	De acuerdo a la información obtenida mediante encuesta aplicada al 90% de los colaboradores vinculados de la Institución, el 93% de los colaboradores contestaron, identificando la vinculación de la siguiente población perteneciente a grupos desfavorecidos: 2% adultos mayores, 1,1% discapacitados, 8,8% pertenecen a grupos étnicos, 23,6% mujer cabeza de hogar y el 17,9% víctimas del conflicto armado, para un total del 53,4%.
		Política implementada	Política creada y aprobada	1	1				1	100	
	Desarrollar las olimpiadas Intrahospitalarias 2020.	Olimpiadas y actividades deportivas, recreativas y culturales	No. de participantes inscritos en olimpiadas intrahospitalarias y otras.	1,102	400	Profesional universitario de SST	Talento humano	Oficina de salud ocupacional	930	100	se evidencia actas cargadas en el modulo de DARUMA 2022

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
	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	100	Como evidencia se adjunta el informe consolidado y analizado de los resultados de la encuesta de clima organizacional realizada a través de medio electrónico y se encuentra disponible en la carpeta de calidad (encuestas institucionales) .
		Intervención de los resultados de la medición	Porcentaje de servicios intervenidos de acuerdo a los resultados de la medición.	60	90				100	100	La meta trimestral son 4 servicios/areas intervenidas. Durante el 4° trimestre se realizaron cuatro (04) intervenciones de la siguiente manera. Por el programa de humanización se intervinieron 5 servicios o áreas a saber:, Hospitalización III, Urgencias, Esterilización, Programa madre canguro y Facturación. Se realizaron con estos servicios talleres motivacionales que contribuyen al mejoramiento del nivel de estrés, comunicación asertiva y trabajo en equipo, factores a intervenir según el estudio de clima laboral realizado.
OBJETIVO ESTRATÉGICO	2.Contribuir a la protección y conservación del medio ambiente.										
	Implementación de procesos amigables con el medio ambiente, siendo un hospital responsable con la sociedad.	Estrategias amigables con el medio ambiente implementados	No. De estrategias amigables con el medio ambiente implementados	3	3				3	100	Se realizaron tres estrategias audiovisuales, así: Un video sobre código de colores, un video sobre cortopunzantes y un video sobre segregación en la fuente.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES			
					2022									
Adopción de una Política Verde	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	Profesional universitario de Gestión Ambiental	Recursos físicos	Ingeniería ambiental	1	100	Se hizo un acompañamiento a la jornada de restauración ecológica de la zona rural vereda el arenoso del Doncello donde se realizó la siembra de 250 plántulas endémicas del territorio debido a que son agentes muy importantes para la restauración del ecosistema.			
	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	83	50				0,47	93	Indicador de tendencia positiva RF-GA-18			
		Disminución del gastos en servicios públicos.	Diferencia de consumo de agua del año actual con respecto al año anterior	2,05	1,0				0,58	100	Indicador tendencia negativa RF-GA-09			
			Porcentaje de consumo de energía del año actual con respecto al año anterior	23,4	15				15,7	95,2	Indicador tendencia negativa Indicador tendencia negativa RF-GA-14			
		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	100	Jornada realizada el 27 y 28 de septiembre de 2022. actividad posconsumo (entrega de equipos computo, RAEES.)		
	Fortalecer la cultura ambiental institucional	1. participación activa en la Semana de la calidad	cumplimiento de los productos	3	3				3	100	Se participo en la semana de la calidad con el aporte de material reciclado a todas las areas.			
		2. Implementar la semana ambiental.									Se avanza en las fechas del calendario ambiental			
		3. Vinculación en la celebración del día del medio ambiente.									Se realizo en el marco de la jornada del Ministerio de Ambiente con la jornada RAEES.			

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
		Avisos educativos publicitarios para uso adecuado de recursos y residuos	No. De áreas intervenidas	4	4				4	100	
		1. Indicadores realizados y analizados.	Cumplimiento actividades del PIGA	90	90				98,5	100	
		2. acciones de mejora realizadas.									
	Reducir la contaminación a través de la eliminación de residuos de un solo uso.	Adquisición de tecnologías para la eliminación de desechables.	% disminución de contaminación por desechables	0	0	Gerente, Profesional universitario de gestión Ambiental	Direccionamiento o estratégico, Recurso	Ingeniería ambiental	NA	NA	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2023
		Recursos peligrosos gestionados	Proporción de residuos peligrosos generados	41,3	45	Profesional universitario de Gestión Ambiental			29,7	100	Indicador tendencia negativa RF-GA-19
Mejoramiento de zonas verdes.	Zonas verdes mejoradas	Proporción de áreas intervenidas	4	4	4				100	Zonas verdes mejoradas 1. Union peneya 2. Pueblo nuevo 3.Parqueaderos, frente del HDML. 4. Centro de salud de Morelia 5. urgencias	
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Aportar soluciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad.										
	Promover proyectos de manufactura para generación de ingresos de grupos desfavorecidos mediante la compra de su producción.	Programa de generación de ingresos para provisión de manufacturas creado	No de empresas/persona natural beneficiadas con el programa	2	2	Director Administrativo de Talento Humano y	Direccionamiento o estratégico y	oficina asesora de planeación y Dirección	20	100	En el cuarto trimestre de 2022 se realizaron compras a 9 pequeños empresarios con motivos de homenajes postumos, la celebración del cumpleaños de la Institución, olimpiadas deportivas y la integración de fin de año para los colaboradores de la entidad.
		Ingresos generados a los beneficiarios del programa	Ingresos (en miles de pesos) generados por el programa	3.500	3.000				157.000	100	Para el cuarto trimestre de 2022, las compras ascendieron a \$77,070,410, de acuerdo a los registros presupuestales.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	PROCESO	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022						
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	Asesor de Planeación	Talento Humano	de Talento humano	0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG
	Promover proyectos para desarrollar capacidades comunitarias en salud.	Proyectos para desarrollar capacidades comunitarias en salud diseñados e implementados	No. de proyectos desarrollados	0	0				0	0	ACTIVIDAD REPROGRAMADA PARA 2022-2023 SEGÚN ACTA MIPG
	Crear un programa de ayudas (con elementos dados de baja en la institución); para personas desfavorecidas	Programa de ayudas en la institución (elementos dados de baja)	No. de personas beneficiadas en el año	0	2	Almacenista general	Recursos físicos	Almacén General	2	100	1. Acta de entrega 2. Registro fotográficos
										84	

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


JOSE ELIECER OSORIO ERAZO
 Asesor de Planeación
 Revisó

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/profesional Universitario/Planeación

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

PERSPECTIVA:	APRENDEZAJE Y DESARROLLO									
POLITICAS	1. Política de Humanización 2. Tratamiento protección de datos de los titulares HDMI. 3. Política para la implementación y desarrollo de la Estrategia Instituciones amigas de la mujer y la infancia IAMI. 4. Sistema de gestión documental. 5. Política de comunicaciones.									
OBJETIVO ESTRATÉGICO	1. Incrementar el compromiso y competencias de los colaboradores.									
ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
	Gestionar con o instituciones educativas convenios para mejorar las competencias del talento humano a través de formación continua.	1. Temas y grupos objetivos seleccionados para capacitación continua 2. Universidades o instituciones seleccionadas para el establecimiento de convenios de formación	No. de convenios establecidos para formación continua del talento humano	1	1			0	0	Se suscribió convenio de formación académica no formal con QUIRON entrenamiento en salud S.A.S. con el fin de priorizar las capacitaciones dirigidas al personal misional.
		1. Necesidades de formación, educación y entrenamiento permanente establecidas								En el 4o trimestre de 2022, se programaron un total de 5 capacitaciones del ciclo de

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
Fortalecer la formación integral en el lugar de trabajo.	Realizar programa de capacitación continua, garantizando la certificación de competencias y cumplimiento de estándares de habilitación.	2. Programa de capacitación conformado	Cumplimiento plan capacitación del eje de Requisitos de Habilidadación	100	100	Director Administrativo Talento Humano	Dirección de talento humano.	93	93	capacitaciones del eje de habilitación, de las cuales 1 no fue realizada, la de Soporte vital avanzado dirigida al personal de enfermería. Lo anterior debido a la demora en la recolección de inscripciones que llevo el proceso al mes de diciembre en donde se dificulta la ejecución de actividades.
		3. Fichas Técnicas elaboradas	porcentaje de certificados de personal para cumplimiento de estándares de habilitación	38	40			49	100	Para el 4o Trimestre se obtuvieron un total de 53 certificados pertenecientes a las formaciones de cuidado del donante, gestión del duelo, violencia sexual y atención a víctimas de ataques con agentes químicos para cumplimiento de estándares de habilitación para obtener un total de 663 certificados a diciembre de 2022. Lo anterior equivale a un 49% de avance con respecto al total de certificados faltantes según la
		4. Programa de capacitación evaluado								
	Fortalecer los convenios docencia servicio e incluir otras profesiones de la salud.	1. Convenios firmados y legalizados	No. de Programas docencia servicio activos	3	2	Subgerente científico	Subgerencia científica	2	100	1. Convenio universidad cooperativa de Colombia practicas en psicologia modalidad pregrado y posgrado. 2. Convenio con la universidad autonoma del caribe prácticas programa de Derecho. 3. Convenio Universidad autónoma de Bucaramanga UNAB y universidad CES practicas en regencia de Farmacia.
		2. Programas de la salud bajo convenio, activos								
	Ejecutar el programa de inducción y reinducción.	1. Procedimiento actualizado	Cobertura del programa Inducción y Reinducción	98,1%	80%	Director Administrativo Talento Humano	Dirección de talento humano.	100,0	100	
2. procedimiento implementado										
3. Procedimiento evaluado										

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
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/1FAIpQLSd1kShGZoAkijS6yzjsN2DTqhMvIJ4VIqU_BTMeVVLaiuXcZQ/viewform .	*Medicion Clima de seguridad *Porcentaje de cumplimiento de los Planes de mejora derivados de los resultados de la Encuesta de Clima de Seguridad.	100%	80	Asesor de calidad	Sistema Integrado de gestión de calidad	100	100	Se evidencia informe ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEL CLIMA DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA, conclusiones y recomendaciones. Los planes de de mejora se reliazan en2023 de acuerdo a la medición.
		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.								
	Realizar rondas de seguridad del ambiente físico.	1. Rondas de seguridad del ambiente físico realizadas	Rondas de seguridad programadas y realizadas en el periodo	4	4	Subgerente Administrativo y financiero	Recursos físicos, tecnología información	4	100	Se anexa evidencias actas rondas y compromisos
		2. Condiciones inseguras del ambiente físico encontradas y gestionadas								
		1. Humanización y seguridad de la atención dentro del programa de capacitación institucional.								En conjunto con el proceso de mejoramiento continuo, durante el primer trimestre se adelantaron 20 capacitaciones en humanizacion y socialización del programa institucional, para el

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
	Capacitación y formación de los colaboradores en humanización y seguridad de la atención.	2. Funcionarios capacitados en humanización y seguridad de la atención.	No. Capacitaciones realizadas/No. Capacitaciones programadas	5	5	Director de talento humano y Asesor de calidad	sistema intergado de gestion de calidad	21	100	segundo trimestre del 2022 se capacitó un servicio más, el servicio de lavandería, para un total de 21 capacitaciones realizadas en el semestre
	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	100	100	1. Se anexa evidencia informe de procesos aperturados con relación a quejas por temas de Humanización y seguridad
OBJETIVO ESTRATÉGICO	3.Disponer de Tecnología Biomédica segura y humanizada.									
Fortalecer la gestión de la	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.	90,1	85	Profesional universitario de	Ingeniería	97,1	100	1. Hoja de vida equipos actualizadas junto con reportes de mantenimiento preventivo 2. Anexo del plan mantenimiento y cronograma RF-13 INDICADOR
		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.	5,7	3			4,4	69	1. Hoja de vida equipos actualizadas junto con reportes de mantenimiento correctivo 2. indicador (días). 3. Para el tercer trimestre se evidencia aumento en el tiempo de respuesta debido a la demora en el proceso de adquisición e importaciones de repuestos e insumos. RF-03 INDICADOR

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
tecnología Biomédica	Implementar el modelo de gestión de la tecnología que establezca su ciclo de vida, es decir que contemple la planeación, adquisición, instalación, capacitación, operación y disposición final de la tecnología.	modelo de gestión de la tecnología biomédica diseñado e implementado	modelo de gestión de la tecnología biomédica del HDMI	1	1	ingeniería biomédica	biomédica	1	100	Documento elaborado evidencia DARUMA RF-M-05 version 1.
	Formular, calcular y analizar los indicadores de gestión de la tecnología en lo relacionado con el plan de mantenimiento preventivo, así mismo formular e implementar las acciones de mejora.	Indicadores formulados y analizados	numero de indicadores implementados	2	2			2	100	Indicadores implementados, seguimiento oportuno
		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.	80	100	profesional universitario de sistemas	sistemas informáticos	50	50	1. Contratos legalizados con SYAC, IMEX, TIQAL, COMODATO ANNAR. 2. Ingeniero de SYAC en sitio, (capacitaciones, parametrización). 3. Actualización total e integración programada para 02 dic /2021 3. Aplazamiento integración de la HC en un solo sistema de información para la vigencia 2022, debido no cumplimiento de HC dinamica gerencial con las expectativas del cliente.

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
Garantizar datos validos que se traduzcan en información confiable que permita generar conocimiento para tomar decisiones	Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la producción de información confiables en la sede principal y centros de salud.	1. Plan de compras y adquisición programado y ejecutado. 2. Plan de Mantenimiento	Porcentaje de ejecución del Plan de compras y adquisiciones anual, plan de mantenimiento	100	70	Subgerente Administrativo y profesional universitario de sistemas	Subgerencia Administrativa	75	100	1. Proyeccion del plan de compras \$695 millones, de los cuales a 31 de Diciembre de 2022, se ejecutó \$1,017,932,439.
		2. Software implementado e integrados entre la sede principal y centros de salud.	porcentaje de implementación de softwares institucionales en los centros de Salud.	50	50	profesional universitario de sistemas	sistemas informáticos	25	50	1.Se evidencia integración de los módulos de facturación, inventarios, en lo centros de salud de Morelia , Montañita, Union Peneya. 2, Proceso de Admisión del usuario en Dinámica gerencial.
	Fortalecer el proceso de auditoría a la Historia Clínica y demás registros asistenciales.	1. Auditoría de historias clínicas y registros asistenciales implementada.	Porcentaje de historias clinicas que cumplan con la norma para el manejo de historia clínica.	0%	0%	Profesional especializado auditoria cuentas medicas	auditoria de cuentas medicas	NA	NA	PRODUCTO ESPERADO EN DEFINICIÓN DE RESPONSABLES PARA LA AUDITORIA DE HC, NO PRESENTA REGISTRO PARA MEDIR.
		2. Documentar el procedimiento Auditoria de historias clínicas.								
	Capacitar y sensibilizar a los grupos de interés relacionados con la calidad del dato.	1.capacitación en calidad de dato programada y ejecutada 2. Informe adherencia al software de HC	No. Capacitaciones realizadas/No. Capacitaciones programadas	3	4	Asesor de Calidad y Profesional universitario de sistemas de información	sistema integrado de gestión de calidad y sistemas informáticos.	4	100	1. se anexa cronograma y evidencia de capacitación 2. Se anexa acta evidencia capac. En calidad del dato. HC
	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	Dirección de talento humano y Oficina Asesora Jurídica	100	100	Formato de Acuerdo de Confidencialidad en cada historia laboral y expedientes contractuales.
	Fortalecer la monitorización de los procesos de calidad.	1. Monitorización periódica y permanente de los indicadores institucionales.								
		2. Mesas de revisión con los responsables de los indicadores institucionales.								
	Diseñar y aplicar un	1. Indicadores objeto de análisis identificados por medio del cronograma.								1. Informe presentado COMITÉ

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	PRODUCTO ESPERADO	INDICADOR	LINEA BASE	META	RESPONSABLE	AREA	TOTAL 2022	% DE CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
					2022					
	proceso de análisis y validación de los resultados de los indicadores institucionales.	2. Instancias de análisis de indicadores establecidas	Número de revisiones de indicadores institucionales.	4	4	Asesor de Calidad	sistema integrado de gestión de calidad	4	100	MIPG 2. Evidencia de mesas de revisión de indicadores con líderes de proceso 3. Capacitación en análisis de indicadores.
		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								
		Informe de seguimiento de los indicadores institucionales.								
		Informe de cumplimiento con los elementos del análisis de un indicador.								
	Identificar, intervenir y hacer seguimiento a las oportunidades de mejora relacionados con la seguridad del software y hardware de los sistemas de la información.	1. Actualización de políticas de seguridad.	cumplimiento del producto esperado	3	3	Profesional universitario de Sistemas	sistemas informáticos	3	100	1. Actas de socialización de políticas de seguridad de la información 2. Informe de actividades a 30 dic /2022
		2. Socialización de políticas de seguridad del software y hardware								
		3. Informe de actividades gestionadas, para garantizar la seguridad de la información.								
TOTAL									88	



.Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)

DOCUMENTO CONTROLADO

JOSE ELIECER OSORIO ERAZO

Asesor de Planeación

Reviso

Elaboró. Diana Marcela Cuellar Aldana/profesional Universtario/Planeación