

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUNDACION - MAGDALENA

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 2021 - 2024

CONSOLIDADO PLAN OPERATIVO ANUAL 2022

ID	OBJETIVO ESTRATEGICO	OBJETIVO ESPECIFICO	PROCESO	META PLAN	INDICADOR	PROYECTADO	EJECUCIÓN IITRIM	RESPONSABLE	EJECUCION ACUMULADA * METAS
1	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Aumentar la generación de ingresos por venta de servicios y gestionar su recaudo efectivo.	PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. A Diciembre 31 realizar 4 seguimientos a la Planeación Operativa de la ESE.	Oportunidad entrega informes	4	0%	Líderes procesos gestión financiera- misional - planeación	0%
2				1.2. Realizar seguimiento trimestral al plan de gestión de la gerencia.	Cumplimiento reuniones trimestrales de seguimiento	4	0%	Lider Planeación	0%
3				1.3. Al final de cada anualidad tener estructurado un plan de mercadeo articulado con el área de comunicaciones como estrategia para incrementar la venta de servicios.	Plan de Mercadeo	1	0%	Lider Planeación	0%
4				1.4. Incrementar la atención del régimen contributivo en un 2%	Variación % del número de personas atendida en el régimen contributivo.	0,02	0%	Lider Financiero - Lider Misional	0%
5				1.5. Contar con los soportes de las cuentas (RIPS) de forma oportuna.	Oportunidad de entrega	<=5	0%	Profesional Sistemas de información	0%
6				1.6. Mantener a un mínimo de 10 funcionarios y/o colaboradores de la ESE capacitados en formulación de proyectos	Colaboradores del Hospital capacitados en la formulación de proyectos	10	0%	Lider Planeación	0%
7				1.7. Mantener una matriz de contratación actualizada y con seguimiento periódico.	Matriz de contratos actualizada	1	0%	Lider Planeación y Gestión Financiera	0%
8	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	2.1. Seguimiento al Direccionamiento Estratégico de la ESE.	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	>=4	0%	Lider Planeación	0%
9				2.2. Actualizar y normalizar el 40% de la documentación relacionada con el proceso acorde al Acuerdo 002 de 2021.	% de documentos normalizados	0,4	0%	Lideres de procesos	0%
10				2.3. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos institucional	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	>=4	0%	Lideres de procesos	0%
11				2.4. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el procesos	1	0%	Lider Planeación	0%
12				2.5. Realizar seguimiento al Plan Anticorrupción de la Entidad	% Cumplimiento cronograma de reuniones de seguimiento al Plan Anticorrupción	4	0%	Lider Planeación - Control Interno	0%
13				2.6. Cumplir cronograma de publicación de información según Ley de Transparencia	% cumplimiento de publicación de información establecida en ley de transparencia	1	0%	Lider Comunicaciones y TICS	0%
14				2.7. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional según su competencia.	% de seguimientos realizados,	1	0%	Lideres de procesos	0%
15	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Fortalecer la confianza de la ciudadanía en la ESE.	PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	3.1. Gestionar 2 proyectos de renovación de infraestructura y/o tecnológica según lo establecido en el Plan de Desarrollo Departamental.	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos realizados.	2	0%	Lider Planeación	0%
16				3.2. Implantar un aplicativo o sistema de información que cumplan con las necesidades de las diferentes áreas de la ESE.	Porcentaje avance del desarrollo de la aplicaciones.	1	0%	Lider Comunicaciones y TICS	0%
17				3.3. Diseñar e Implementar un Plan de Comunicaciones que responda a las necesidades de mejora continua en identidad, imagen y cultura organizacional, al igual que un programa de Comunicación 2.0	% cumplimiento acciones del plan para la anualidad	1	0%	Lider Comunicaciones y TICS	0%

18				3.4. Realizar 2 seguimientos anuales al cumplimiento de las acciones de los convenios interadministrativos que firme la ESE	% de Seguimientos y evaluación de convenios	>=2	0%	Supervisores de Convenios	0%
19	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento		4.1. Definir Cronograma de Creación del Sistema de Repositorio de Información en la ESE.	% actividades realizadas / Actividades programadas	1	0%	Lider Planeación	0%
20				4.2. A diciembre gestionar iniciativas y proyectos de investigación en el hospital	Numero de iniciativas de investigacon con participacion de Gestion del Conocimiento	2	0%	Lider Planeación	0%
21				4.3. Participar en el 90 % de las Reuniones de Gestión del conocimiento con instituciones, comunidades, y comites.	Porcentaje de reuniones donde participa el proceso de Gestión del conocimiento para generar Investigación, Innovación, Acciones de mejora.	0,9	0%	Lider Planeación	0%
22				4.4. El Hospital implementará la metodología de gestión del conocimiento garantizando el cumplimiento de las capacidades organizacionales.	% cumplimiento de las actividades programadas en el plan de acción	1	0%	Lider Planeación	0%
23				5.1. Formular o actualizar los proyectos de inversión para el fortalecimiento de la infraestructura y dotación del hospital, en cumplimiento del Plan Bienal de Inversiones	% proyectos radicados en Secretaría de salud Departamental	1	0%	Lider Planeación	0%
24				5.2. Actualizar el Portafolio de Servicios según la propuesta por Subredes Integradas de Servicios de Salud	% Actualización de Portafolio de Servicios	1	0%	Lider Planeación y Gestión del Riesgo	0%
25	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos		1.1. Realizar rondas administrativas en los servicios de hospitalización.	Porcentaje de cumplimiento de las rondas administrativas	45	0%	Lider GPAU	0%
26				1.2. Implementar acciones que generen corresponsabilidad por parte de los usuarios y garantizar el cumplimiento de las citas asignadas	Porcentaje de cumplimiento en las estrategias implementadas	6	0%	LÍDER GPAU	0%
27	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del Hospital		2.1. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del Monitoreo de las acciones programadas en mapa de riesgos	4	0%	LÍDER GPAU	0%
28				2.2. Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	0,5	0%	LÍDER GPAU	0%
29				2.3 A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	LÍDER GPAU	0%
30				2.4. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y gestionar según su competencia.	% de seguimientos realizados,	1	0%	Lider Comunicaciones y TICS	0%
31	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios	Fortalecer la confianza de la ciudadanía en el hospital	PROCESO GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	3.1. Analizar e implementar acciones que impacten los principales hallazgos de las quejas y reclamos recepcionadas en el SQS.	Porcentaje de cumplimiento de las acciones que impacten los principales hallazgos detectados a través del SQS	4	0%	LÍDER GPAU	0%
32				3.2. Documentar, desplegar e implementar el Plan de Humanización en los servicios de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento en el cronograma de implementación del plan de humanización	1	0%	LÍDER GPAU	0%
33				3.3. Implementar el plan de acción del comité de ética hospitalaria	Porcentaje de implementación del plan	1	0%	LÍDER GPAU	0%
34				3.4. Al finalizar el periodo 2022 habrá definido estrategias que impacten el proyecto de vida de los funcionarios y usuarios	Porcentaje de cumplimiento de las estrategias de mantenimiento para fortalecer la legitimidad y confianza de la ciudadanía con el Hospital.	1	0%	LÍDER GPAU	0%

35	Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Asegurar el cumplimiento del objeto social y la participación comunitaria.	3.5. Implementar en cada anualidad estrategias que permitan cumplir las expectativas de los usuarios manifestadas en los diferentes canales de expresión establecidos	Porcentaje de estrategias implementadas que permitan cumplir con las expectativas de los usuarios	4	0%	LÍDER GPAU	0%
36	Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.		3.6. Documentar e implementar el plan de acción de los grupos legalmente constituidos en la ESE (Asociación de usuarios)	Porcentaje de cumplimiento al plan de acción de los grupos legalmente constituidos en la ESE.	1	0%	LÍDER GPAU	0%
37			3.7. Responder en los términos de ley todas las manifestaciones de los usuarios	Porcentaje de gestión oportuna de manifestaciones del SDQS	1	0%	LÍDER GPAU	0%
38			3.8. Capacitar un mínimo 300 personas en derechos y deberes de los usuarios y en el Sistema General de Seguridad Social en el periodo 2022	Porcentaje de personas capacitadas	300	0%	LÍDER GPAU	0%
39			3.9. Ejecutar el plan de trabajo del modelo de gestión social comunitaria.	Plan de trabajo del modelo de gestión social comunitaria	>=1	0%	LÍDER GPAU	0%
40		4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento	4.1. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio.	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	>=100	0%	LÍDER GPAU
41	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Orientar la gestión institucional hacia la obtención de niveles deseados de satisfacción de los clientes del proceso de atención	5.1. Ejecutar el plan de trabajo de formación en gerencia del servicio	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del plan de gerencia del servicio	>=100	0%	LÍDER GPAU	0%
42			5.2. Ejecutar el plan de trabajo de Humanización del servicio	Porcentaje de cumplimiento de las actividades programadas en el programa de humanización	1	0%	LÍDER GPAU	0%
43	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Aumentar la generación de ingresos por venta de servicios y gestionar su recaudo efectivo.	1.1. Garantizar el cumplimiento de estándares de Habilitación de la ESE	Cumplimiento de Estándares de Habilitación	0	0%	Lideres de Procesos	0%
44	Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.		2.1. Avanzar cuantitativamente en 1.2% en la evaluación de estándares de acreditación de la ESE según línea base	Porcentaje de avance del SUA	1.2%	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
45			2.2. A 31 de diciembre, haber cumplido en un 90% el programa de auditorías internas relacionadas con las características de calidad de la atención en salud y el cumplimiento del GSE	Porcentaje de seguimiento a los planes de mejoramiento	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
46			2.3. A 31 de diciembre, haber cumplido con la realización de los comités de Calidad programados para la vigencia	Porcentaje de cumplimiento	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
47			2.4. Realizar 10 procesos de auditoría médica con metodología de paciente trazador.	cumplimiento meta de procesos de auditoría	10	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
48			2.5. Realizar 10 procesos de auditoría Enfermería con metodología de paciente trazador.	Porcentaje cumplimiento meta de procesos de auditoría	10	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
49			2.6. evaluar de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Porcentaje de cumplimiento de auditoría	3	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
50			2.7. Evaluar el grado de adherencia de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Porcentaje de cumplimiento de auditoría	3	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
51			2.8. Realizar seguimiento a las acciones programadas en los planes de mejora elaborados.	Porcentaje acciones con seguimiento	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
52			2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	2.9. Lograr meta de efectividad de la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad.	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	0,9	0%	Lider Gestión de la calidad

53			PROCESO GESTION DE LA CALIDAD	2.10 A 31 de Diciembre de 2022 tener actualizada y normalizada el 40% la documentación de la ESE según nuevo mapa de procesos.	Porcentaje de cumplimiento	0,4	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
54				2.11. A 31 de diciembre haber desarrollado el programa de seguridad del paciente establecido para el año 2022	0	1	0%	Lider Gestión de Planeación	0%
55				2.12 Gestionar el 100% de los eventos adversos de la institución	Porcentaje cumplimiento	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
56				2.13 Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
57				2.14 Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
58				2.15 A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
59				2.16. Implementar estrategia comunicativa de despliegue de los Principios y Valores de la Entidad	% Principios y valores con despliegue en estrategia comunicativa	1	0%	Lider Gestión de la calidad - Comunicador Social	0%
60				2.17. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y cumplir lo de su competencia.	Cumplimiento actividades del plan	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
61	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Fortalecer la confianza de la ciudadanía en el hospital		3.1. A 31 de diciembre se habrá apoyado el 80% de actividades de humanización del servicio, por solicitud de atención al usuario	Apoyo a actividades de humanización del servicio	0,8	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
62				3.2. Realizar seguimiento a la primera causa de inconformidad de los usuarios	Porcentaje de Cumplimiento	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
63	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimientos y competencia		4.1. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje Cumplimiento del cronograma de aporte de documentos al repositorio	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
64				4.2. A 31 de Diciembre desarrollar una capacitación por seervicios en desarrollo de los programas de seguridad del paciente y de IAAS del Hospital	% Capacitaciones en temas ambientales relacionados con la mitigación de impactos ambientales y los programas de IAAS y seguridad del paciente del Hospital	1	0%	Lider Gestión de la calidad	0%
65	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos		1.1. A 31 de Diciembre de 2022 se habrá adelantado en un 90% el proceso de Saneamiento de Aportes Patronales (Sistema General de Participaciones), acorde con lo establecido en la Normatividad Legal Vigente.	Total de Fondos conciliados	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
66				1.2. Al finalizar el periodo se mantendrán suscritos por vigencia como mínimo 2 convenios interadministrativos con entidades públicas o de educación formal o no formal que generen ingresos a la entidad.	% cumplimiento de la meta	2	0%	Lider Gestión Humana	0%
67				2.1. Gestionar el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos del Proceso.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
68				2.2. Actualizar y normalizar el 40% la documentación relacionada con el Proceso	Porcentaje de documentos normalizados	0,4	0%	Lider Gestión Humana	0%
69				2.3. Gestionar >=90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider Gestión Humana	0%

70	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión a través de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.	PROCESO GESTIÓN HUMANA	2.4. Ejecutar el 90% del plan institucional de capacitación.	Porcentaje de ejecución del plan institucional de capacitaciones	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
71				2.5. A 31 de diciembre de 2022 se habrá ejecutado >=90% de las actividades programadas del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	Porcentaje de ejecución del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo	1	0%	Lider Seguridad y salud en el Trabajo	0%
72				2.6. A 31 de diciembre de 2022 se habrá ejecutado el >=90% del plan de bienestar social e incentivos	Porcentaje de implementación del programa de bienestar social e incentivos.	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
73				2.7. Hacer 1 seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y gestionar lo de su competencia.	% de seguimientos realizados,	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
74	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Garantizar la gestión del talento humano orientada a la promoción de capacidades y competencias.	PROCESO GESTIÓN HUMANA	3.1. Intervenir el clima organizacional mediante estrategias que impacten el proyecto de vida de colaboradores y funcionarios.	Porcentaje de Cumplimiento de las Actividades Establecidas en el Plan de Bienestar e Incentivos	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
75				3.2. A 31 de Diciembre de 2022 se habrán realizado el 100% de las evaluaciones del desempeño laboral de los funcionarios de la entidad.	Porcentaje de Cumplimiento desempeño de la evaluación de los funcionarios.	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
76				3.3. Realizar el 90% de reuniones y/o comités de Ley correspondientes al proceso (Comision de Personal, Comité de Bienestar, Comié de Convivencia) entre otros.	Porcentaje de Cumplimiento de Comités	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
77				3.4. A 31 de diciembre de 2022 se habrá logrado una cobertura del >=90% del Proceso de Inducción del personal que ingrese a la ESE para facilitar y fortalecer la integración del empleado a la cultura organizacional	Porcentaje de cobertura inducción	0,9	0%	Lider Gestión Humana	0%
78	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento y competencia	PROCESO GESTIÓN HUMANA	4.10. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio.	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
79				4.11. A 31 de diciembre de 2022 se habrá realizado 1 Jornada de Reinducción a por los menos el 70% de los servidores del Hospital	Jornada realizada	1	0%	Lider Gestión Humana	0%
80	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Optimizar y racionalizar los gastos y costos	POA PROCESO GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS	1.1. Gestionar la adquisición de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	Porcentaje de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	0,7	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
81				1.2. A 31 de diciembre de 2022 se habra ejecutado el plan de trabajo del programa de administración de bienes, y realizar las bajas de acuerdo a los resultados del diagnóstico levantado.	Porcentaje de Bienes muebles en mal estado y/o obsoletos dados de baja	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
82				1.3. Gestionar y adquirir el plan de seguros de la ESE y gestionar los siniestros ocurridos	Porcentaje de siniestros gestionados	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
83				2.1. Durante la vigencia del 2022, se realizaran todas las actividades de mantenimiento correctivo y preventivo establecidas en el Plan de Mantenimiento Hospitalario de la ESE.	Porcentaje de actividades cumplidas	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
84			POA PROCESO GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS	2.2. Gestionar el 100% de los eventos adversos reportados para Tecnología y Ambiente Físico	% de Gestion de eventos adversos	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
85				2.3. A 31 de Diciembre de 2022 se cumplira en un 90% el programa de tecnovigilancia de la ESE.	% Cumplimiento de programa	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%

86	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Implementar herramientas gerenciales para fomentar el control de procesos y toma de decisiones.	2.4 A 31 de diciembre de 2022 todos los equipos de mediano y alto riesgo del Hospital contarán con guía de uso rápido.	Porcentaje de equipos de mediano y alto riesgo del Hospital con guía de uso rápido.	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
87			2.5 Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
88			2.6. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el Plan de Gestión	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión Ambiental.	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
89			2.8. Mantener actualizada y normalizada el 40% de la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	0,4	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
90			2.9. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
91	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento	4.1 Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Lider Gestión de Recursos Físicos	0%
92	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	1.1. Mensualmente facturar >= 95% de las actividades realizadas por venta de servicios.	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	>=95%	0%	Facturadores Técnicos de Facturación	0%
93			1.2. A 31 de diciembre se habrá recaudado el >=70 % del valor de la facturación radicada de la vigencia.	% Efectividad del recaudo	0,66	0%	Líder de Cartera	0%
94			1.3. A 30 de junio de 2022 se habrá recaudado el 75 % del valor de la Cuenta por Cobrar de la vigencia 2022 .	% Efectividad del recaudo	0	0%	Líder de Cartera	0%
95			1.4. Al finalizar el periodo se habrá aumentado el 2,5% del recaudo de cartera en relación con lo recaudado en la vigencia anterior.	Porcentaje de Optimización de Recaudo	0,025	0%	Asesor jurídico	0%
96			1.5. Realizar seguimiento al cumplimiento a las acciones aprobadas en el Plan de Acción 2022.	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	1	0%	Lider Gestión Financiera	0%
97			1.6. Implementación del sistema de costos para la vigencia.	% cumplimiento actividades programadas	1	0%	Profesional de Costos	0%
98			1.7. A 31 de Diciembre de 2022 se radicará mensualmente el 95% de la facturación correspondiente a las actividades realizadas en el mes.	Porcentaje de Efectividad en el Radicación de Facturación.	0,9	0%	Líder de Facturación	0%
99			1.8. Radicar el 100% de la facturación pendiente de la vigencia anterior	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	1	0%	Líder Facturación	0%
100			1.9. Mantener el porcentaje de glosa como máximo el 5% de lo facturado en el año	Porcentaje de efectividad en el proceso de facturación.	<5%	0%	Líder Auditoría	0%
101			1.10. Contestar el 100% de las objeciones de glosa, devoluciones y recobros recibidas de todos los pagadores, en los terminos de la normatividad vigente	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	1	0%	Líder facturación	0%
102			1.11. Depuración Contable de la Cartera	Porcentaje de cumplimiento de Depuración de Cartera	0,8	0%	Líder de facturación - Técnico Líder de Cartera	0%
103			1.12. Presentar Informe de facturación generada sin radicar mayor de dos (2) meses	Efectividad del proceso de facturación.	1	0%	Líder de facturación - Auxiliar de Radicación	0%
104			1.13. Reportar al proceso de gestión jurídica los casos de pagadores con cartera mayor de 120 días una vez realizada la gestión de conciliación de la cartera.	Reporte de casos de pagadores con cartera mayor de 120 días una vez realizada la gestión de conciliación de la cartera.	1	0%	Líder de facturación - Técnico Líder de Cartera	0%

105			PROCESO GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS	1.14. A 31 de diciembre de 2022, se realizará análisis y se presentarán un informe de carácter semestral de las áreas de servicios del hospital, dentro de los 45 días siguientes al periodo de estudio, de acuerdo al centro de costos.	Porcentaje de cumplimiento cumplimiento entrega de informes de costos	1	0%	Profesional de Costos	0%
106				1.15. Calcular el indicador de Equilibrio Presupuestal Con Recaudo, según criterios establecidos en el Plan de Gestión de la Gerencia.	Seguimiento al Equilibrio Operacional	>=1	0%	Lider Gestión Financiera	0%
107				1.16. Calcular el indicador de Evolución Del Gasto Por Unidad De Valor Relativo Producida, según criterios establecidos en el Plan de gestión de la Gerencia.	Seguimiento a la Evolución del gasto por UVR	>=1	0%	Lider Gestión Financiera	0%
108				1.17. Mantener la deuda por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a menos de 30 días, según criterios establecidos en el Plan de Gestión de la Gerencia.	Monto de deuda a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios	4	0%	Lider Gestión Financiera	0%
109				1.18. Elaborar y ejecutar cronograma de Implantación de las NIIF con	% de Cumplimiento del Cronograma adoptado por la ESE	1	0%	Contador	0%
110	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital		2.1 Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Lider del proceso	0%
111				2.2. Presentación oportuna del 90% de los informes financieros exigidos en la normatividad vigente.	Porcentaje de informes oportunamente presentados	0,9	0%	Lider del proceso	0%
112				2.3 Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0%	Lider del proceso	0%
113				2.4 A 31 de Diciembre de 2022 cumplir con las actividades reflejadas en el plan anual de Gestión Documental del Hospital	Porcentaje de cumplimiento al plan anual de gestión documental para el manejo y disposición final de documentos	1	0%	Referente de Gestión Documental.	0%
114				2.5 A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider del Proceso	0%
115	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento		4.1 Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Lider del Proceso	0%
116	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Optimizar y racionalizar los gastos y costos		1.1 Realizar capacitaciones semestrales sobre derecho disciplinario a los funcionarios de planta de la institución	Porcentaje de cumplimiento capacitaciones	2	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
117				1.2 Iniciar procesos jurídicos de cobro coactivo acorde al procedimiento establecido en el manual de cartera de la ESE.	Porcentaje de procesos de cobro coactivo realizados	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
118				2.1. Responder dentro de los términos legales los procesos judiciales, derechos de petición, tutelas.	Porcentaje de procesos gestionados oportunamente	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
119				2.2. A 31 de diciembre de 2022 se mantendrán actualizados el 100% de los procesos jurídicos de la ESE.	Porcentaje de procesos jurídicos revisados y actualizados	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
120				2.3. Atender el 100% de las solicitudes de asesoría (revisión de actos administrativos, apoyo en general en materia legal a los procesos y a la Junta Directiva).	Porcentaje de respuesta a solicitudes	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%

121	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	PROCESOS GESTION JURIDICA Y GESTIÓN CONTRACTUAL	2.4. mantener actualizada la matriz de cumplimiento legal (Normograma)	Matriz de cumplimiento legal (Normograma)	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
122				2.5. A 31 de diciembre de 2022 se hará seguimiento al cumplimiento del manual de Derechos de Petición del Hospital.	Seguimiento a Manual de Derechos de Petición	1	0%	Lider Gestión Jurídica - Lider GPAU	0%
123				2.6. A 31 de diciembre de 2022 se dará oportuna aplicación del Capítulo de Supervisión de Contratos del Hospital establecido en el Manual de Contratación.	Porcentaje de contratos supervisados de acuerdo al Manual	1	0%	Lider Gestión Contractual	0%
124				2.7. A 31 de diciembre de 2022 se dará aplicación oportuna aplicación del Capítulo de Liquidación de Contratos del Hospital establecido en el Manual de Contratación.	% de contratos liquidados de acuerdo al Manual	1	0%	Lider Gestión Contractual	0%
125				2.8. A 31 de diciembre de 2022 se realizará el 100% de las minutas de contratos que den cumplimiento de los requisitos legales.	Porcentaje de contratos con lineamientos jurídicos.	1	0%	Lider Gestión Contractual	0%
126				2.9. Elaborar plan de trabajo para cumplir indicador de Plan de Gestión Gerencial de compras conjuntas del Hospital San Rafael	Porcentaje de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o de mecanismos electrónicos	0,7	0%	Lider Gestión Contractual	0%
127				2.10. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual	0%
128				2.11. Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0%	Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual	0%
129				2.12. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual	0%
130	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Fortalecer la confianza de la ciudadanía en el hospital		3.1. Formular e implementar política de prevención del daño antijurídico en el comité de conciliación	Porcentaje de políticas implementadas	1	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
131				4.1. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual	0%
132	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Orientar la gestión institucional hacia la obtención de niveles deseados de satisfacción de los clientes del proceso de atención		5.1. Realizar capacitaciones semestrales sobre la respuesta de derechos de petición de acuerdo al manual y de conformidad con los establecido en la ley vigente	Porcentaje de cumplimiento capacitaciones	2	0%	Lider Gestión Jurídica	0%
133	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos		1.1. A 28 de febrero de 2022 haber realizado y reportado la Evaluación de control interno y control interno contable.	Cumplimiento evaluaciones programadas	0	0%	0	0%
134				1.2. A 31 de junio de 2022 cumplido => el Plan Anual de Auditorías de la ESE	Cumplimiento PAAC	1	0%	0	0%
135				1.4. Fomentar la cultura de control en la ESE.	Actividades de fomento de cultura de control e integridad	0	0%	0	0%
136				1.5. A 31 de diciembre formular y ejecutar el 90% del Plan Anual de Auditorías - PAA-.	Cumplimiento del Plan de Auditorías	>=90%	0%	0	0%
137				1.6. Elaboración y presentación de los informes legales establecidos por la normalidad vigente de las oficinas de Gestión Pública y Autocontrol y/o Control Interno	% implementación plan	1	0%	0	0%

138	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	POA PROCESO CONTROL INTERNO	1.7. A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado seguimiento sobre gestión integral de riesgos.	Seguimiento a Mapa de Riesgos	0	0%	0	0%
139				1.8. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	0	0%
140				1.9. A 31 de enero haber realizado y reportado la Evaluación Cualitativa de los Planes Operativos Anuales según el Mapa de Procesos del Hospital	Oportunidad reporte evaluación planes operativos	4	0%	0	0%
141				1.10. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y cumplir lo de su competencia.	Cumplimiento actividades del plan	1	0%	Lider del proceso	0%
142	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimiento	POA PROCESO GESTIÓN CONSULTA EXTERNA	4.1. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	0	0%
143	1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Optimizar la producción de servicios con responsabilidad social empresarial.		1.1. Disminuir un 5% la inasistencia de los usuarios a las citas programadas.	Porcentaje de inasistencias a consultas programadas en medicina general	0,05	0%	GPAU / Lider Gestión Consulta Externa	0%
144	3. Garantizar la legitimidad del Hospital a través de la prestación servicios Humanizados y Seguros, soportada en el respeto por los derechos de los usuarios, la participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Implantar programas de servicios seguros, de calidad y con responsabilidad social.		3.1. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
145				3.2. Dar cumplimiento al >=90% de la producción de acuerdo a las horas programadas de talento humano.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
146				3.3. Lograr un 90% del cumplimiento de rendimiento en agendas de consulta externa.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
147				3.4. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	>=100%	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
148				3.5. Elaborar y socializar el 100% de las rutas de atención programadas	% de cumplimiento	>=100%	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
149				3.6. Lograr un 90% de adherencia de guías de práctica clínica de la ESE.	% de adherencia a la guía	>=90%	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
150				3.7 Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
151				3.8. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
152				3.9. Analizar todos los meses las cinco quejas más frecuentes en los servicios misionales	% Seguimiento a quejas	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Atención al usuario	0%
153	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimientos y competencia		4.1. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
154	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto de			5.1. Mantener la oportunidad de atención en la consulta especializada de ginecobstetricia en un rango menor o igual <= a 8 días	Oportunidad de atención en consulta especializada de ginecobstetricia	<=8	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Estadística	0%
155			5.2. Mantener la oportunidad de atención en la consulta especializada de cirugía general en un rango menor o igual a 8 días.	Oportunidad de atención en consulta especializada de cirugía	<=8	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Estadística	0%	
156			5.3. Mantener la oportunidad de atención en la consulta especializada de ortopedia en un rango menor o igual a 8 días	Oportunidad de atención en consulta especializada de ortopedia	<=8	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Estadística	0%	

157	necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Desarrollar con integralidad la atención de salud, en la población en los territorios sociales		5.4. Garantizar una oportunidad en la realización de apendicectomía con diagnóstico confirmado en un tiempo menor o igual a 6 horas	Oportunidad en apendicectomía	0,9	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Estadística	0%
158				5.5. Mantener la oportunidad de consulta especializada de medicina interna en 15 o menos días.	Oportunidad de Consulta	<=15	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
159				5.6. Garantizar una oportunidad inferior o igual a 30 minutos para la atención en el servicio de urgencias (triage 2)	Oportunidad de atención servicios de urgencias (triage 2)	<=30	0%	Lider Gestión Consulta Externa / Estadística	0%
160				5.7. Analizar los indicadores de resultado de implementación del "Modelo humanizado de abordaje integral en salud bajo el enfoque de atención primaria"	Porcentaje de avance de los resultados de implementación del "Modelo humanizado de abordaje integral en salud bajo el enfoque de atención primaria y promocional de calidad de vida"	1	0%	Lider Gestión Consulta Externa	0%
161	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Desarrollar con integralidad la atención de salud, en la población en los territorios sociales.	PROCESO GESTIÓN APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	Cumplimiento del 100% de los estándares de oportunidad en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a los estándares establecidos en la norma.	Oportunidad en servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico	1	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
162				Cumplir con el 90% de estándares de rendimiento del servicio de laboratorio y rehabilitación.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
163				Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	>=100%	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
164				Dar cumplimiento al 90% de la producción del servicio de apoyo Dx y terapéutico.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
165				Gestionar el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	>=90%	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
166				Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	>=90%	0%	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico	0%
167				2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión a través de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.	POA PROCESO GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	2.1. Cumplir con el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos del proceso al que pertenece.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	>=90%
168	2.2. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	variación % porcentaje ocupacional	>=90%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
176	1.8. Mantener el resultado del indicador de neumonías broncoaspirativas en paciente pediátrico de origen intrahospitalario.	% Neumonías broncoaspirativas	<=0				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
177	1.9. Dar respuesta oportuna al 90% de las interconsultas generadas en los servicios de hospitalización.	Oportunidad interconsulta	>=90%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
178	1.10. Realizar análisis de mortalidad hospitalaria al 90% de los casos.	% de análisis de mortalidad	>=90%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
179	1.11. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de cumplimiento	>=100%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
180	1.12. Dar cumplimiento al 95% de las cirugías programada.	% de cumplimiento	>=95%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
181	1.13. Dar cumplimiento al 80% de ocupación de salas en cirugía programada de acuerdo a la capacidad instalada.	% de cumplimiento	>=80%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
182	1.14. Adherencia del 100% al diligenciamiento del consentimiento informado	% de adherencia	>=100%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%
183	1.15. Gestionar en el servicio de cirugía el cumplimiento en un porcentaje mayor o igual al 90% del indicador de oportunidad de apendicectomía	% de oportunidad en la realización de apendicectomía	>=90%				0%	Lider de Hospitalización y Cx	0%

184				1.16. Mantener en 30 días máximo la oportunidad en la realización de cirugía Programada.	Oportunidad en la atención de cirugía	<=30	0%	Líder de Hospitalización y Cx	0%
185				1.17. Garantizar la oportunidad del informe de pacientes en observación con tiempos mayores de 24 horas.	Contar con la información del porcentaje de pacientes en observación con tiempos mayores de 24 horas.	0,95	0%	Líder SIRC	0%
186				1.18. Diligenciar mensualmente los registros de las remisiones de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización en el aplicativo correspondiente.	Porcentaje de remisiones de los servicios de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización registradas en el aplicativo	0,95	0%	Líder SIRC	0%
187				1.19. Contar con los registros de los pacientes en los Servicios de Observación con tiempos superiores a 24 horas por causas administrativas y/o asistenciales	Contar con la información del porcentaje de pacientes en observación con tiempos mayores de 24 horas.	0,95	0%	Líder SIRC	0%
188	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión a través de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.	POA PROCESO GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	1.1. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	1	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
189				1.2. Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
190				1.3. A 31 de diciembre de 2022, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados relacionados con el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
191				4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	4.1. Mantener actualizada la información del proceso en el sistema de repositorio de información vía web	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos ingresados en el Sistema de Información documental del repositorio	1	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud
192	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Desarrollar con integralidad la atención de salud, en la población en los territorios sociales.	POA PROCESO GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	Realizar el 90% de las activaciones de ruta generadas desde el Plan de intervenciones colectivas hacia los servicios sociales y de salud	% de cumplimiento	>=90%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
193				Realizar el 90% de las acciones comunitarias para impactar positivamente las condiciones de calidad de vida y salud de la población.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
194				Realizar el 90% de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a familias vulnerables residentes en los territorios sociales de nuestra área de influencia.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
195				Realizar el 90% de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según contrato suscrito con Secretaría de salud Departamental.	% de cumplimiento	>=90%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
196				Respuesta oportuna al 90% de los eventos de interés en salud pública notificados	% de cumplimiento	>=90%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
197				lograr una glosa definitiva igual o menor al 5% en las acciones del PIC auditadas	% de cumplimiento	<=2%	0%	Líder Gestión del Riesgo en Salud	0%
198				2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	POA PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS	2.1. Cumplir con el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos del proceso al que pertenece.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	>=90%
199	2.2. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	variación % porcentaje ocupacional	>=90%				0%	Líder Gestión de Urgencias	0%
200	5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a		POA PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS	2.1 Mantener en 30 minutos la oportunidad de consulta médica de urgencias para triage II.	Oportunidad de urgencias	<=30	0%	Líder Gestión de Urgencias	0%
201				5.1. Dar cumplimiento a la guía de IAM en un 90%.	Oportunidad en atención específica de paciente con diagnóstico de IAM	>=90%	0%	Líder Gestión de Urgencias	0%
202				5.2. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	14	0%	Líder Gestión de Urgencias	0%

203	necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad, apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	Desarrollar con integralidad la atención de salud, en la población en los territorios sociales.		5.3. Gestionar el 100% de los traslados solicitados	% de Traslados Gestionados	15840	0%	Lider Gestión de Urgencias	0%
204				5.4. Unificación de criterios en un manual de referencia contrarreferencia.	Existencia de manual	1	0%	Lider Gestión de Urgencias	0%
205				5.5. Disminuir en el 2022 el porcentaje de Pacientes con reingreso por la misma causa de menos de 72 horas por el mismo Diagnostico <=2%.	0	<=2%	0%	Lider Gestión de Urgencias	0%
206	2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	POA PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS	2.1. Identificar y controlar el 100% de los activos informáticos organizacionales, teniendo en cuenta sus responsables y su configuración.	Porcentaje de activos informáticos identificados y controlados.	1	0%	Lider Gestión de la Información	0%
207				2.2. Responder el 90% de los requerimientos de soporte técnico	Porcentaje de requerimientos atendidos.	0,9	0%	Lider Gestión de la Información	0%
208				2.3 Elaborar e implementar en un 90% el Cronograma del Plan de seguridad informática para la vigencia.	% cumplimiento del Plan de seguridad informática	>=90%	0%	Lider Gestión de la Información	0%
209				2.4. Elaborar e implemtar en un 90% el plan de acción del PETIC	% cumplimiento del Plan de acción	>=90%	0%	Lider Gestión de la Información	0%
210				2.6. Desarrollar en un 90% de las actividades planteadas en el plan de Gobierno Digital	% de eventos adversos gestionados	>=90%	0%	Lider Gestión de la Información	0%
211				2.9. Cumplir con el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos del proceso al que pertenece.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	>=90%	0%	Lider Gestión de la Información	0%
212				2.10. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	variación % porcentaje ocupacional	>=90%	0%	Lider Gestión de la Información	0%
CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL									0,00%