

ID	PROCESO	META PLAN	INDICADOR	PROYECTADO	EJECUCIÓN ACUMULADA	RESPONSABLE
1	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
2		1.2. Realizar seguimiento trimestral al plan de gestión de la gerencia.	Cumplimiento reuniones trimestrales de seguimiento	4	0	Lider Planeación
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
4		1.4. Mantener una matriz de contratación actualizada y con seguimiento periódico.	Matriz de contratos actualizada	1	0	Lider Planeación y Gestión Financiera
5		2.1. Seguimiento al Direccionamiento Estrategico de la ESE.	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	>=4	0	Lider Planeación
6		2.2. Realizar el inventario documental y normalizar el 30% de la documentación relacionada con el proceso acorde al Acuerdo 002 de 2021.	% de documentos normalizados	0,4	0	Líderes de procesos
7		2.3. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos institucional	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	>=4	0	Líderes de procesos
8		2.4. A 31 de diciembre de 2023, 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
9		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
10		2.6. Hacer seguimiento a la implementación de la Resolución 1519 del 2020 MINTIC.	% cumplimiento de publicación de información establecida en ley de transparencia	0	0	Lider Comunicaciones y TICS
11		3.1. Gestionar los proyectos de renovación de infraestructura y/o tecnológica radicados y/o viabilizados en el Plan Bienal del Departamento.	Porcentaje de cumplimiento en cronograma de los documentos realizados.	2	0	Lider Planeación
12		3.2. Evaluar la implementación del aplicativo o sistema de información de la ESE.	Porcentaje avance del desarrollo de la aplicaciones.	1	0	Lider Comunicaciones y TICS
13		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
14		3.4. Realizar 2 seguimientos anuales al cumplimiento de las acciones de los convenios interadministrativos suscritos por la ESE	% de Seguimientos y evaluación de convenios	>=2	0	Supervisores de Convenios
15		4.1. Definir Cronograma de Creación del Sistema de Repositorio de Información en la ESE.	% actividades realizadas / Actividades programadas	1	0	Lider Planeación
16		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
17		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, Innovacion, Acciones de mejora.	0,9	0	Lider Planeación

18		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
19		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
20	<b>GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO</b>	1.1. Realizar rondas administrativas en los servicios de hospitalización.	Porcentaje de cumplimiento de las rondas administrativas	45	0	Lider GPAU
21		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
22		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
23		2.2 A 31 de diciembre de 2023, 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
24		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
25		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
26		3.3. Implementar el plan de acción del comité de ética hospitalaria	Porcentaje de implementación del plan	1	0	LÍDER GPAU
27		3.4. Al finalizar el periodo 2023 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
28		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
29		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
30		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
31		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 2023	Porcentaje de personas capacitadas	300	0	LÍDER GPAU
32		5.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider del Proceso
33		<b>GESTIÓN DE LA CALIDAD</b>	1.1. Garantizar el cumplimiento de estándares de Habilitación de la ESE	Cumplimiento de Estandares de Habilitación	0	0
34		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
35		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 SOGCS	Porcentaje de seguimiento a los planes de mejoramiento	1	0	Lider Gestión de la calidad

36		2.3. A 31 de diciembre de 2023 haber cumplido con la realización de los comités de Calidad programados para la vigencia	Porcentaje de cumplimiento	1	0	Lider Gestión de la calidad
37		2.4. Evaluación 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
38		2.5. 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
39		2.6 A 31 de Diciembre 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
40		2.7 A 31 de diciembre realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente.	% de cumplimiento del seguimiento a las actividades programadas	1	0	Lider Gestión de Planeación
41		2.8 Gestionar el 100% de los eventos adversos de la institución	Porcentaje cumplimiento	1	0	Lider Gestión de la calidad
42		2.9 Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	Monitoreos realizados al mapa de riesgos	1	0	Lider Gestión de la calidad
43		2.10 A 31 de diciembre, 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
44		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
45		2.11. 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
46		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
47		3.2. Realizar seguimiento a la primera causa de inconformidad de los usuarios	Porcentaje de Cumplimiento	4	0	Lider Gestión de la calidad
48		4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider del Proceso
49	<b>TALENTO HUMANO</b>	1.1. A 31 de Diciembre de 2023 mantener en un 90% el proceso de	Total de Fondos conciliados	1	0	Lider Gestión Humana
50		1.2. Al finalizar el periodo se hará seguimiento trimestral a los	% cumplimiento de la meta	0	0	Lider Gestión Humana
51		2.1. Gestionar el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de	1	0	Lider Gestión Humana
52		2.2. Actualizar y normalizar el 40% la documentación relacionada con el Proceso	Porcentaje de documentos normalizados	0,4	0	Lider Gestión Humana
53		2.3. Gestionar >=90% de las acciones del plan de mejoramiento	Cumplimiento plan de mejora de estándares	1	0	Lider Gestión Humana
54		2.4. Ejecutar el 90% del plan institucional de capacitación.	Porcentaje de ejecución del plan institucional de	1	0	Lider Gestión Humana
55		2.5. A 31 de diciembre de 2023 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
56		2.6. A 31 de diciembre de 2023 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
57		2.7. Hacer 1 seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y gestionar lo de su competencia.	% de seguimientos realizados,	0	0	Lider Comunicaciones y TICS

58		3.1 Intervenir el clima organizacional mediante estrategias que impacten el proyecto de vida de usuarios y funcionarios.	Porcentaje de Cumplimiento de las Actividades Establecidas en el Plan de Bienestar e Incentivos	1	0	Lider Gestión Humana	
59		3.2 A 31 de Diciembre de 2023 se habrán realizado el 100% de las	Porcentaje de Cumplimiento desempeño de la	1	0	Lider Gestión Humana	
60		3.3 Realizar el 90% de reuniones y/o comités de Ley	Porcentaje de Cumplimiento de Comités	1	0	Lider Gestión Humana	
61		3.4 A 31 de diciembre de 2023 se habrá logrado una cobertura del	Porcentaje de cobertura inducción	0,9	0	Lider Gestión Humana	
62		4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider Gestión Humana	
63		4.1 A 31 de diciembre de 2023 se habrá realizado 1 Jornada de	Jornada realizada	1	0	Lider Gestión Humana	
64	GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS	1.1 A 31 de diciembre de 2023 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	
65		1.2 Gestionar y adquirir el plan de seguros de la ESE y gestionar los siniestros ocurridos	Adquirir el Plan de Seguros y Gestionar de Siniestros	1	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
66		2.1. Durante la vigencia del 2023, se realizaran >=90% de 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	
67		2.2 Gestionar el >= 90% de los eventos adversos reportados para Tecnología y Ambiente Físico	% de Gestion de eventos adversos	0,9	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
68		2.3 A 31 de Diciembre de 2023 se cumplira en un >=90% el programa de tecnovigilancia de la ESE.	% Cumplimiento de programa	1	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
69		2.4 A 31 de diciembre de 2023 el >=90% de los equipos de mediano y alto riesgo del Hospital contaran con guia de uso rápido.	Porcentaje de equipos de mediano y alto riesgo del Hospital con guia de uso rápido.	0,9	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
70		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	
71		2.6. A 31 de diciembre de 2023, se habrá ejecutado el Plan de Gestión Ambiental en un >=90%.	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión Ambiental.	1	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
72		2.7. 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	
73		2.8. A 31 de diciembre de 2023, 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	
74		4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider Gestión de Recursos Físicos	
75		GESTIÓN RECURSOS FÍNCIEROS	1.1. Mensualmente facturar >= 90% de las actividades realizadas por venta de servicios.	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	>=90%	0	Facturadores Técnicos de Facturación
76			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
77	1.3. A 30 de junio de 2023 se habrá recaudado el 75 % del valor de la Cuenta por Cobrar de la vigencia 2022 .		% Efectividad del recaudo	0	0	Líder de Cartera	
78	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	
79	1.5. Realizar seguimiento al cumplimiento a las acciones aprobadas en el Plan de Acción 2023.		Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	1	0	Lider Gestión Financiera	
80	1.6. A 31 de Diciembre de 2023 se habrá radicado el 90% de la facturación correspondiente a las actividades realizadas en la vigencia.		Porcentaje de Efectividad en el Radicación de Facturación.	0,9	0	Líder de Facturación	

81		1.7. A 30 de junio de 2023 radicar el >=90% de la facturación pendiente de la vigencia anterior	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	0,9	0	Líder Facturación
82		1.8. 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
83		1.9. Contestar el >=90% 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.	0,9	0	Líder facturación
84		1.10. Depurar en un 80% la Cartera del Hospital	Porcentaje de cumplimiento de Depuración de Cartera	0,8	0	Líder de facturación - Técnico Líder de Cartera
85		1.11. Presentar 3 InformeS de facturación generada sin radicar mayor de dos (2) meses	Efectividad del proceso de facturación.	0	0	Líder de facturación - Auxiliar de Radicación
86		1.12. 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
87		1.13. 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	Líder Gestión Financiera
88		1.14. 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	Líder Gestión Financiera
89		1.15. 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	Líder Gestión Financiera
90		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	Líder del proceso
91		2.2. Presentación oportuna del 90% de los informes financieros exigidos en la normatividad vigente.	Porcentaje de informes oportunamente presentados	0,9	0	Líder del proceso
92		2.3 Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0	Líder del proceso
93		4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Líder del Proceso
94	<b>GESTION JURIDICA Y GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	1.1 Realizar capacitaciones semestrales sobre derecho disciplinario a los funcionarios de planta de la institución	Porcentaje de cumplimiento capacitaciones	2	0	Líder Gestión Jurídica
95		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	Líder Gestión Jurídica
96		2.1. Responder dentro de los términos legales los procesos judiciales, derechos de petición, tutelas.	Porcentaje de procesos gestionados oportunamente	1	0	Líder Gestión Jurídica
97		2.2. A 31 de diciembre de 2023 se mantendrán actualizados el 100% de los procesos jurídicos de la ESE.	Porcentaje de procesos jurídicos revisados y actualizados	1	0	Líder Gestión Jurídica
98		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	Líder Gestión Jurídica
99		2.4. mantener actualizada la matriz de cumplimiento legal (Normograma)	Matriz de cumplimiento legal (Normograma)	1	0	Líder Gestión Jurídica

100		2.7. A 31 de diciembre de 2023 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
101		2.7. A 31 de diciembre de 2023 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
102		2.8. A 31 de diciembre de 2023 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
103		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
104		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
105		2.11. Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0	Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual
106		2.12. A 31 de diciembre de 2023, 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
107		3.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider del Proceso
108		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
109	CONTROL INTERNO	1.1. A 28 de febrero de 2023 haber realizado y reportado la Evaluación de control interno y control interno contable.	Cumplimiento evaluaciones programadas	0	0	Lider del proceso
110		1.2. A 30 de junio de 2023 cumplido >= el Plan Anual de Auditorías de la ESE	Cumplimiento PAAC	1	0	Lider del proceso
111		2.1. Fomentar la cultura de control en la ESE.	Actividades de fomento de cultura de control e integridad	0	0	Lider del proceso
112		2.2. A 31 de diciembre formular y ejecutar el 90% del Plan Anual de Auditorías - PAA-	Cumplimiento del Plan de Auditorías	>=90%	0	Lider del proceso
113		2.3. Elaboración y presentación de los informes legales establecidos por la normatividad vigente de las oficinas de Gestión Pública y Autocontrol y/o Control Interno	% implementación plan	1	0	Lider del proceso
114		2.4. A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado seguimiento sobre gestión integral de riesgos.	Seguimiento a Mapa de Riesgos	0	0	Lider del proceso
115		2.2. A 31 de diciembre de 2023, se habrá consolidado y hecho seguimiento trimestral a los planes de mejora establecidos según Plan Anual de Auditorías - PAA y Auditorías Externas.	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	1	0	Lider del proceso
116		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	Lider del proceso
117		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

118		4.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Líder del Proceso
119	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS	2.1. Realizar y gestionar el 90% de las tablas de retención documental acorde al PINAR ante el ente autorizado.	Tablas de retención documental	>=90%	0	Lider Gestión de la Información
120		2.2. Realizar, documentar y ejecutar el PINAR del Hospital San Rafael la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E	Documento PINAR	>=90%	0	Lider Gestión de la Información
121		2.3. 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
122		2.4. Responder el 90% de los requerimientos de soporte técnico sobre la infraestructura de tecnologías de la información institucional de manera oportuna.	Porcentaje de requerimientos atendidos.	0,9	0	Lider Gestión de la Información
123		2.5. 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
124		2.6. Elaborar e implantar en un 90% el plan de acción del PETIC	% cumplimiento del Plan de acción	>=90%	0	Lider Gestión de la Información
125		2.7. Formular y Desarrollar en un 90% de las actividades planteadas en el plan de implementación de la Resolución 1519 del 2020 MINTIC.	% cumplimiento del Plan de acción	>=90%	0	Lider Gestión de la Información
126		2.8. Entrega oportuna del 100% de la información estadística asistencial a las instancias respectivas según los procedimientos de la ESE.	Porcentaje de información entregada oportunamente	1	0	Lider Gestión de la Información
127		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
128		2.10. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	>=90%	0	Lider Gestión de la Información
129	GESTIÓN AMBULATORIA	1.1. Disminuir un 5% la inasistencia de los usuarios a las citas programadas.	Porcentaje de inasistencias a consultas programadas en medicina general	0,08	0	GPAU / Lider Gestión Ambulatoria
130		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 Ambulatoria
131		3.2. Dar cumplimiento al >=90% de la producción de acuerdo a las horas programadas de talento humano.	% de cumplimiento	>=90%	0	Lider Gestión Ambulatoria
132		3.3. Lograr un 90% del cumplimiento de rendimiento en agendas de consulta externa.	% de cumplimiento	>=90%	0	Lider Gestión Ambulatoria
133		3.4. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	>=100%	0	Lider Gestión Ambulatoria
134		3.5. Elaborar y socializar el 100% de las rutas de atención programadas	% de cumplimiento	>=100%	0	Lider Gestión Ambulatoria
135		3.6. Lograr un 90% de adherencia de guías de práctica clínica de la ESE.	% de adherencia a la guía	>=90%	0	Lider Gestión Ambulatoria
136		3.7. Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	1	0	Lider Gestión Ambulatoria
137		3.8. A 31 de diciembre de 2023, 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 Ambulatoria
138		3.9. Analizar todos los meses las cinco quejas más frecuentes en los servicios misionales	% Seguimiento a quejas	1	0	Lider Gestión Ambulatoria / Atención al usuario
139		4.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider Gestión Ambulatoria

140		5.1. Mantener la oportunidad de atención en la consulta especializada de ginecología en un rango menor o igual <= a 8 días	Oportunidad de atención en consulta especializada de ginecología	<=8	0	Lider Gestión Ambulatoria / Estadística
141		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 Ambulatoria / Estadística
142		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	Subgerencia de Servicios / Estadística
143		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	Subgerencia de Servicios / Estadística
144		5.5. Mantener la oportunidad de consulta especializada de medicina interna en 15 o menos días.	Oportunidad de Consulta	<= 15	0	Lider Gestión Ambulatoria
145		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 Ambulatoria / Estadística
146		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 Ambulatoria
147	GESTIÓN COMPLEMENTARIA	5.1. 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
148		5.2. 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
149		5.3. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	>=100%	0	Lider Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico
150		5.4. 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
151		5.5. 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
152		5.6. 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
153	GESTIÓN COMPLEMENTARIA	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%	0	Lider de Hospitalización
154		2.2. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Lider de Hospitalización
155		1.1. Mantener o disminuir (igual o menor que 0) el indicador de promedio estancia en los servicios hospitalarios, según línea base.	variación promedio estancia	<=0	0	Lider de Hospitalización
156		1.2. Mantener o aumentar en un 10 % el indicador de giro cama en los servicios hospitalarios según línea base.	variación giro cama	>=10%	0	Lider de Hospitalización
157		1.3. Mantener o aumentar el indicador de porcentaje ocupacional en los servicios hospitalarios en un 10%, según línea base a 31 de diciembre de 2021.	variación % porcentaje ocupacional	>=10%	0	Lider de Hospitalización
158		1.4. Mantener el indicador de IACS en entre 0,5 y 2.5	porcentaje de infección intrahospitalaria	<=2.5	0	Lider de Hospitalización
159		1.5. Adoptar y socializar el 100% de guías de practicas clínica de acuerdo a perfil de morbi-mortalidad de la ESE.	% de cumplimiento	1	0	Lider SIRC
160		1.6. Lograr un 85% de adherencia a las guías de la primera causa de egreso hospitalario	% de adherencia	>=85%	0	Lider de Hospitalización



161	HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA	1.7. Alcanzar un porcentaje igual o superior al 85% en la evaluación de la guía de manejo específica de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	% de adherencia	>=85%	0	Líder de Hospitalización	
162		1.8. Mantener el resultado del indicador de neumonías broncoaspirativas en paciente pediátrico de origen intrahospitalario.	% Neumonías broncoaspirativas	<=0	0	Líder de Hospitalización	
163		1.9. Dar respuesta oportuna al 90% de las interconsultas generadas en los servicios de hospitalización .	Oportunidad interconsulta	>=90%	0	Líder de Hospitalización	
164		1.10. Realizar análisis de mortalidad hospitalaria al 90% de los casos.	% de análisis de mortalidad	>=90%	0	Líder de Hospitalización	
165		1.11. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de cumplimiento	>=100%	0	Líder de Hospitalización	
166		1.12. Dar cumplimiento al 95% de las cirugías programada.	% de cumplimiento	>=95%	0	Líder de Cirugía	
167		1.13. Dar cumplimiento al 80% de ocupación de salas en cirugía programada de acuerdo a la capacidad instalada.	% de cumplimiento	>=80%	0	Líder de Cirugía	
168		1.14. Adherencia del 100% al diligenciamiento del consentimiento informado	% de adherencia	>=100%	0	Líder de Cirugía	
169		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	Líder de Cirugía	
170		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 Cirugía	
171		1.17. Garantizar la oportunidad del informe de pacientes en observacion con tiempos mayores de 24 horas.	Contar con la información del porcentaje de pacientes en observacion con tiempos mayores de 24 horas.	0,95	0	Líder SIRC	
172		1.18. 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 observacion con tiempos mayores de 24 horas.	0,95	0	Líder SIRC	
173		GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	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	Líder Gestión del Riesgo en Salud
174			4.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	1	0	Líder Gestión del Riesgo en Salud
175			5.1. 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
176			5.2. 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
177			5.3. 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 area de influencia.	% de cumplimiento	>=90%	0	Líder Gestión del Riesgo en Salud
178			5.4. 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
179	5.5. Respuesta oportuna al 90% de los eventos de interés en salud pública notificados	% de cumplimiento		0	Líder Gestión del Riesgo en Salud		
180	5.6. 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		
181		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%	0	Líder del proceso	
182		2.2. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	variación % porcentaje ocupacional	>=90%	0	Líder del proceso	

183	GESTIÓN DE URGENCIAS	2.1 Mantener en 30 minutos la oportunidad de consulta médica de urgencias para triage II.	Oportunidad de urgencias	<=30	0	Lider del proceso
184		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 del Proceso
185		5.2. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	14	0	Coordinación de salud pública. administrativo, territoriales y de componente
186		5.3. Gestionar el 100% de los traslados solicitados	% de Traslados Gestionados	15840	0	coordinadores territoriales
187		5.4. Unificación de criterios en un manual de referencia contrarreferencia.	Existencia de manual	1	0	Coordinación de salud pública. administrativo, territoriales y de componente
188		5.5. Disminuir en el 2023 el porcentaje de Pacientes con reingreso por la misma causa de menos de 72 horas por el mismo Diagnóstico <=2%.	Reingreso por el servicio de urgencias.	<=2%	0	Líderes de territorios y componente de VSP
<b>CUMPLIMIENTO PLAN OPERATIVO ANUAL</b>						