Hospital San Rafael ESE	**POA PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA** **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL**	**CODIGO**	
		ME-DG-POP-PL002	
	MACROPROCESO ESTRATEGICO **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**VERSIÓN**	
		V03-Enero2026	

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026
POA PROCESO DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												OBSERVACIONES	RESPONSABLE (Nombre y Cargo)	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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. A Diciembre 31 realizar 4 seguimientos a la Planeación Operativa de la ESE.	Oportunidad entrega informes	Fecha limite de entrega del informe de Seguimiento	PROY			>=1			>=1			>=1			>=1	4	Aprobar y diligenciar la planeación operativa 2026	X	X											Líderes procesos gestión financiera-misional - planeación						
																			Elaborar informe de Seguimiento				X			X			X											
																			Radicar informe de Seguimiento				X			X			X											
		1.2. Realizar seguimiento trimestral al plan de gestión de la gerencia.	Cumplimiento reuniones trimestrales de seguimiento	Reuniones de seguimiento realizadas / Reuniones programadas X 100	PROY			>=1			>=1			>=1			>=1	4	Implementar matriz de seguimiento para el plan de gestión gerencial para 2026	X												Lider Calidad						
																			Consolidar información trimestral a partir de los tableros de gestión				X			X			X											
																			Presentar resultados en Comité de Gestión y Desempeño Institucional							X															
		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	Documento Plan de Mercadeo	**PROY**		>=1											1	Revisión del Plan de Mercadeo existente	X												Lider Comunicaciones						
																			Ajuste del Plan de Mercadeo existente	X																				
																			Implementación del plan de mercadeo		X																			
																			Desplegar acciones del plan			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
		1.4. Mantener una matriz de contratación actualizada y con seguimiento periodico.	Matriz de contratos actualizada	Contratos Actualizados / Total contratos	**PROY**	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Actualizar mensualmente los contratos suscritos por la ESE.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			Lider de Contratacion						
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	2.1. Seguimiento al Direccionamiento Estrategico de la ESE.	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	Acciones del Plan de Acción Programadas con Seguimiento / Total Acciones de Plan de Acción	PROY		>=1		>=1			>=1			>=1			>=4	Revisar la Publicación del Plan de Desarrollo Institucional		X												Lider Planeación-lider de control Interno						
																			Verificar la Publicación Plan de Acción 2025		X																			
																			Verificar la Publicación Mapa de Procesos		Y																			
																			Formular y Publicar Planes Operativos Anuales antes del 31 de nero de 2025 en Pagina Web de la ESE		X																			
																			Realizar el seguimiento al Direccionamiento estrategico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
		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	Documentos nuevos del proceso normalizados / Total de documentos nuevos en el proceso	PROY			10%			20%			30%			40%	40%	Realizar inventario de documentos a actualizar en la vigencia	X												Lideres de procesos						
																			Elaborar cronograma de actualización	X																				
																			Aplicar procedimiento de actualización documental según cronograma			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
		2.3. Realizar seguimiento cuatrimestral al mapa de riesgos institucional	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	PROY				>=1				>=1				>=1	>=3	Actualizar el contexto estratégico	X												Lideres de procesos						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																			
																			Realizar valoración de riesgos 2026		X																			
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X																	
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgosacuatrimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				X			X			X											
		2.4. A 31 de diciembre de 2026, 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	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los estándares del proceso	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación			X											Lider de calidad						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas				X																	
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora					X	X	X	X	X	X	X	X									
		2.5. Realizar seguimiento al Plan Anticorrupción de la Entidad	% Cumplimiento cronograma de seguimiento al Plan Anticorrupción	No seguimientos realizadas / No seguimientos programadas	**PROY**				>=1				>=1				>=1	3	Elaborar y publicar Plan Anticorrupción	X												Lider Planeación - Control Interno						
																			Realizar seguimiento trimestral			x			x			x			x									
		2.6. Hacer seguimiento a la implementación de la Resolución 1519 del 2020 MINTIC.	% cumplimiento de publicación de información establecida en ley de transparencia	Activos de información publicados oportunamente / Total de activos de información a publicar	**PROY**			X			X				X		X		Elaborar matriz de control de cumplimiento de publicación de información	X												Lider Comunicaciones y TICS						
																			Realizar seguimiento a la publicación oportuna de la información			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
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.	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.	No. de proyectos realizados / Total proyectos programados	PROY						1			1				2	Elaborar el cronograma de fechas de generación de los documentos			X										Lider Planeación						
																			Presentar y gestionar viabilidad a los proyectos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
		3.2. Evaluar la implementación del aplicativo o sistema de información de la ESE.	Porcentaje avance del desarrollo de la aplicaciónes.	Actividades desarrolladas según cronograma / actividades programadas	**PROY**		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Formular y viabilizar proyecto				X	X	X							Lider Comunicaciones y TICS						
																			Realizar seguimiento a las actividades de implantación del proyecto							X	X	X	X	X	X									
		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	% cumplimiento acciones del plan para la anualidad	Acciones del plan realizadas / Acciones ejecutadas	**PROY**		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Evaluar la ejecución del plan de comunicaciones implementado en el año 2025		X											Lider Comunicaciones y TICS						
																			Actualizar el plan 20256		X																			
																			Implementar plan de tBabajo en comunicaciones para 2026			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									

		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	No. de evaluaciones realizadas / No. de convenios suscritos y vigentes de la ESE.	PROY							>=1					>=1	>=2	Elaborar el cronograma de seguimiento a convenios	X											Lider de talento Humnao-Supervisores de Convenios						
																			Presentar al area de planeación informe y seguimientos por parte del supervisor.		X	X	X	X	X	X	X	X	X							
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	No. de Actividades realizadas / Total Actividades	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Elaborar el cronograma de actividades de generación de los documentos	X											Lider Comunicaciones y TICS						
																			Hacer seguimiento al cronograma de actividades		X	X	X	X	X	X	X	X	X							
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.	Liderar una gestión institucional hacia la mejora de la accesibilidad a los servicios y la obtención de niveles deseados de satisfacción de los usuarios, desarrollando un modelo de operación por redes integrales e integradas.	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	Total proyectos radicados y actualizados / Total proyectos a formular o actualizar según plan bienal de inversiones en salud	**PROY**												100%	100%	Revisar y/o actualizar los proyectos radicados para el fortalecimiento de infraestructura y dotación.	X	X											Lider Planeación						
																			Formular y radicar nuevos proyectos según necesidades identificadas			X	X	X	X	X	X	X	X	X							
																			Ajustar según observaciones de Secretaría de Slud del Departamento				X	X	X	X	X	X	X	X							
		5.2. Actualizar el Portafolio de Servicios según la propuesta por Subredes Integradas de Servicios de Salud	% Actualización de Portafolio de Servicios	Servicios habilitados y reportados / Servicios ofertados por la ESE	PROY						50%						100%	100%	Reportar oportunamente novedades ante Secretaría de Salud Dptal												Lider Calidad						
																			Actualizar portafolio según novedades reportadas				X	X	X	X	X	X	X	X							

#¡DIV/0!

#¡DIV/0!

#¡DIV/0!

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: FABIO ANTONIO NAVARRO OSPINO***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	**POA SISTEMA ATENCIÓN AL USUARIO** **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL** **MACROPROCESO ESTRATEGICO** **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**CODIGO** ME-DG-POP-PL002 **VERSIÓN** V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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	Número de rondas administrativas realizadas/ número de rondas administrativas programadas	PROY	0	0	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	Diligenciar el formato de registro de rondas hospitalarias normalizado y codificado	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider GPAU-Calidad						
																			Difundir los derechos y deberes de los usuarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Socializar los hallazgos y resultados de las rondas hospitalarias en el comité mensual de Atención al Usuario y presentar informe a gerencia de forma trimestral.				X	X	X	X	X	X	X	X								
		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	Acciones implementadas / acciones programadas	PROY		1		1		1		1		1		1	6	Confirmar citas programadas a usuarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		LÌDER GPAU						
																			Programar talleres de forma bimensual de corresponsabilidad para usuarios inasistentes a consultas		X		X		X		X		X		X							
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	Acciones con monitoreo del mapa de riesgos del proceso / total acciones del mapa de riesgos del proceso	PROY			1			1			1			1	4	Actualizar el contexto estratégico	X	X											LÌDER GPAU						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																	
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		X																	
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X															
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación.				X			X			X									
		2.2 A 31 de diciembre de 2026, 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	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los estándares del proceso a realizar en el periodo.	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación			X										LÌDER GPAU						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas			X															
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora			X	X	X	X	X	X	X									
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. Aplicación de encuestas mensual de satisfacción de la población atendida por servicio ; para que la muestra sea significativa se tomará el 5% de la cantidad total de la población atendida en cada área.	Porcentaje de Satisfacion al usuario	No de encuesta con ususarios satisfechso / nuemero de encuastas realizadas*100	PROY	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Seguimiento a la respuesta efectiva a los requerimientos ciudadanos traves de seguimiento a respuesta de peticiones, quejas y/o reclamos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		LÌDER GPAU						
																			Presentación del informe mensual en el Comité de Atención al Usuario		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		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	No de actividades implementadas en el Programa de Humanización de la ESE en el periodo / Total de actividades identificadas en el plan de humanización	PROY			100%			100%			100%			100%	100,00%	Realización de los talleres vivenciales		X											LÌDER GPAU						
																			Ejecutar las actividades del plan de humanización. de acuerdo a cronograma 2026			X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		3.3. Ejecutar cronograma de trabajo para el despliege de las capacitaciones a usuarios internos y externos de la ESE en cada servicio	Porcentaje de capacitaiones realizadaas	No de capacitaciones Realizadas / No de Capacitaciones realizadas *100	PROY			90%				90%				90%		90%	Generar cronograma de caacitacion vigencia 2026		X											LÌDER GPAU						
																			Ejecutar las actividades del Plan de Acción de acuerdo a cronogramanestablecido		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		3.4. Realizacion de comité para la medicion de PQRS de la ESE HRMM , estado	Porcentaje de cumplimiento preentacion de informes triemstral de los	No de informes realizados / No de informes programadas	PROY			1			1			1			1	4	actas de informes de compromiso			X			X		X			X		LÌDER GPAU						
																			seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos		X		X		X		X		X		X							
	Asegurar el cumplimiento del objeto social y la participación comunitaria.	3.7. Responder en los términos de ley todas las manifestaciones de los usuarios	Porcentaje de gestión oportuna de manifestaciones del SDQS	N° de manifestaciones gestionadas en el SDQS en los términos de ley / Total de manifestaciones en el SDQS	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Gestionar con los líderes de proceso las respuestas en términos de ley, los requerimientos de los usuarios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		LÌDER GPAU						
																			Capacitar al 100% de los funcionarios responsables por área, en las normas que obligan a responder a los usuarios en los términos de ley		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Analizar el 100% de los requerimientos del SDQS en el comité de GPAU	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Enviar respuesta de manera oportuna a los usuarios que realizaron los requerimientos en los términos de ley	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		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 2026	Porcentaje de personas capacitadas	Número de personas capacitadas / Número de personas proyectadas	PROY	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	>=25	300	Desarrollar sesiones grupales en salas de espera de las sedes asistenciales y en grupos organizados de la comunidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		LÌDER GPAU						
																			Registrar de personas capacitadas en el formato establecido					X			X			X								
																			Evaluar la adherencia a las capacitaciones en derechos y deberes de los usuarios			X			X			X			X							
5. Generar respuestas en salud a las necesidades de la población objeto, a través de servicios con calidad,	Orientar la gestión institucional hacia la obtención de	5.1 Caracterizar e implantar la politicas asignadas en MIPG según	Porcentaje de políticas	Políticas implementadas / Políticas	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE	X	X	X										Líder del Proceso						
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica			X	X	X														

apropiados y oportunos en el marco de un modelo de operación por redes integrales e integradas.	niveles deseados de satisfacción de los clientes del proceso de atención	el Ǎcuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	implementadas	asignadas														Evaluar la implementación de la politca									X	X	X								**0%**

13

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

II

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTION DE LA CALIDAD*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO*** ***ME-DG-POP-PL002***
	MACROPROCESO ESTRATEGICO ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***VERSIÓN*** ***V03-Enero2025***

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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 Estandares de Habilitación	N° de Estandares Cumplidos/Total de Estandares de Habilitación	PROY									X					Llevar a cabo la autoevaluación del SUH 2026 antes del 31 de agosto de 2026		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lideres de Caliudad						
																			Hacer segumiento a planes de mejora por estándares enmarcados en el comité de calidad.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	**3. Asegurar el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión a través de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.**	2.1. Avanzar cuantitativamente en 1.2% en la evaluación de estándares de acreditación de la ESE según linea base	Porcentaje de avance del SUA	Promedio de calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior.	PROY												≥1.2	≥1.2	Elaborar acto administrativo de cierre de PAMEC 2025, inicio PAMEC 2026		x			x									Lider Gestión de la calidad						
																			Evaluando los procesos criticos resultantes de la autoevaluación de acreditación vigente					x	x	x													
																			Programar los procesos de auditoria de acuerdo a ruta critica			x																	
																			Elaborar documento yl cronograma PAMEC 2026					x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.2. A 31 de diciembre, haber cumplido en un 90% el programa de auditorías internas relacionadas con las caracterísitcas de calidad de la atención en salud y el cumplimiento del SOGCS	Porcentaje de seguimiento a los planes de mejoramiento	Total Acciones De Mejora Ejecutadas/Total Acciones De Mejora Programadas	PROY												≥ 0.9	≥ 0.9	Revisando el cumplimiento al cronograma del PAMEC 2026		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de la calidad						
																			Evaluando los procesos criticos resultantes de la autoevaluación de acreditación vigente		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Programar los procesos de auditoria de acuerdo a ruta critica		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.3. A 31 de diciembre de 2026 haber cumplido con la realización de los comités de Calidad programados para la vigencia	Porcentaje de cumplimiento	No.de Comités Realizados/ No.#Comités Programados	PROY			25%			50%				75%		100%	100%	Revisar la creación del comité de calidad por acto administrativo		x												Lider Gestión de la calidad						
																			Acta de inicio de conformación del comité de calidad		x																		
																			Realizar reuniones mensuales del comité		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									
																			Evidencias de compromisos y cumplimiento de estos, en las actas			x		x		x				x									
		2.4. Evaluación de guía de manejo específica: Hemorragias de III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	Porcentaje de cumplimiento de auditoría	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación / Total de Historias Clínicas auditadas de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con Diagnóstico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación.	PROY				1			1			1			3	Solicitando las historias que por RIPS cumplan con los codigos respectivos				x			x			x				Lider Gestión de la calidad						
																			revisando las historias clinicas de pacientes con hemorragias del tercer trimestre o post parto inmediato				x			x			x										
																			Verificando el manejo de las pacientes ante esta guia de hemorragias del I trimestre y trastornos hipertensivos				x			x			x										
		2,5 realizar Analis de mortalidad Intrahospirtalaria	Análisis de la mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas	Número de muertes Intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/ Total de muertes Intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9															Lider Gestión de la calidad						
		2.6. Evaluar el grado de adherencia de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	Porcentaje de cumplimiento de auditoría	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia / Total Historias Clínicas auditadas de pacientes con el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la entidad en la vigencia	PROY				1			1			1			3	Solicitando las historias clinicas a la primera causa de egreso en hospitalización				x			x			x				Lider Gestión de la calidad						
																			Realizando las auditorias y generando informe final de auditoria				x			x			x										
																			Socializando los resultados de la Auditoria				x			x			x										
		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	Documentos actualizados/Total de documentos	PROY				10%				20%			30%	40%	40%	Identificando los documentos pendientes por normalizar de acuerdo a la caracterización		x												Lider Gestión de la calidad						
																			planeando el tiempo requerido para la actualización y realizando la actualizacion respectiva		x	x																	
																			Realizar inventario de documentos normalizados por área		x	x																	
																			Colocar firma digital al 100 % de los documentos normalizados		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Generar seguridad en los documentos avalados por Gerencia		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Socializando a los funcionarios y colaboradores la ubicación documental de cada proceso y subproceso		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.7 A 31 de diciembre realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente.	% de cumplimiento del seguimiento a las actividades progamadas	Actividades realizadas / actividades programadas	PROY		20%	30%	40%		50%	60%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	Realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente		x												Lider Gestión de la calidad						
																			Realizar seguimiento a las actividades prgramadas		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Seguimiento a las socializaciones del programa con el 100% del TH de la ESE(incluye administrativos y asistenciales)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.8 Gestionar el 100% de los eventos adversos de la institución	Porcentajecumplimiento	Numero de eventos adversos analizados/ total de eventos adversos presentados	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Documentar el sistema de reporte de evento adverso		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de la calidad						
																			Clasificando los eventos de seguridad		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Analizando bajo la metodologia de protocolo de londres el 100% los eventos adversos y los incidentes que lo requieran		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.9 A 31 de diciembre, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para dar cumplimiento de los Estándares de Acreditación Priorizados	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación		x												Lider Gestión de la calidad						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas		x																		

		relacionados con el proceso		estandares del proceso programadas para el periodo																Gestionar la realización de las acciones de mejora			x	x	x	x	x	x	x									
		2.10. Implementar estrategia comunicativa de despliegue de los Principios y Valores de la Entidad	% Principios y valores con despliegue en estrategia comunicativa	Principios y valores desplegados / Principios y valores a desplegar según cronograma	PROY			25%			50%			75%			100%	100%	Socializar estrategia de despliegue	X												Lider Gestión de la calidad - Comunicador Social						
																			Elaborar cronograma	X																
																			Implementar estrategia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		2.11. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y cumplir lo de su competencia.	Cumplimiento actividades del plan	No actividades realizadas / Total de actividades programadas	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Seguimiento al cumplimiento de actividades de acuerdo a lo establecido en el plan de acción para vigencia 2026	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la calidad						
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 acividades de humanización del servicio, por solicitud de atención al usuario	Apoyo a actividades de humanización del servicio	No. De actividades de humanización en las que apoya calidad/Total de solicitudes de apoyo en humanización desde atención al usuario				25%			25%			25%		5%		80%	Ejecutar el 80% de actividades convocados por Atención al usuario frente al programa de humanización del servicio y que sean de su competencia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la calidad						
		3.2. Realizar seguimiento a la primera causa de inconformidad de los usuarios	Porcentaje de Cumplimiento	No seguimientos realizados/ No seguimientos programados	PROY			1			1			1			1	4	Verificar las causas de insatisfaccion de los usuarios	X	X											Lider Gestión de la calidad						
																			Planear la auditoria	X	X	X	X													
																			Realizar la auditoria con informe final de la misma			X	X	X					X							
																			Realizar seguimiento al plan de meloramiento				X	X	X	X			X	X							
4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	**Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimientos y competencia**	4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la política según metodología doptada por la ESE	X	X											Líder del Proceso						
																			Definir Indicadores de gestión de la Política			X	X	X												
																			Evaluar la implementación de la politca										X	X	X						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO***
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***VERSIÓN***
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS													ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	1.1. A 31 de Diciembre de 2026 mantener 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	No. Fondos Conciliados / No. Total de Fondos a Conciliar	PROY						50%			75%			100%	100%	1. Elaborar estado de cuenta y verificar si el monto asignado alcanza a cubrir el monto aplicado de cada una de las eps, fondos de pensiones, cesantías y ARL.		X	X											Lider Gestión Humana						
																			Corregir inconsistencias depurando las deudas reales y/o presuntas con cada Fondo (EPS, AFP,ARL y Cesantías)				X			X			X								
																			Realizar acta de saneamiento de aportes patronales estableciendo el valor a favor o en contra del Hospital.					X							X						
																			Solicitar la devolución de excedentes a cada administradora una vez efectuado el saneamiento de los aportes patronales.					X							X						
		1.2. Al finalizar el periodo se hará seguimiento trimestral a los convenios suscritos con instituciones de educación formal o no formal que generen ingresos a la entidad.	% cumplimiento de la meta	No. de Convenio suscritos / Total de convenios a suscribir	PROY				X			X			X		X		Realizar seguimiento a la ejecución del convenio				X			X			X			Lider Gestión Humana						
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.	2.1. Gestionar el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos del Proceso.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	Acciones cumplidas / total acciones programadas	PROY						100%			100%			100%	100%	Actualizar el contexto estratégico	X												Lider Gestión Humana						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																	
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		X																	
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X															
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				X			X			X								
		2.2. Gestionar >=90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	(No. Actividades Cumplidas del Plan de Mejora / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora del proceso a realizar en el periodo.	**PROY**				33%				66%				100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación		X											Lider Gestión Humana						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas		X																	
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
		2.3. Ejecutar el 90% del plan institucional de capacitación.	Porcentaje de ejecución del plan institucional de capacitaciones	(No. Actividades Cumplidas del Plan / No. Total de Actividades Establecidas en Plan	**PROY**				33%				66%				100%	100%	Elaborar y ejecutar el plan de capacitaciones del Hospital San Rafael		X											Lider Gestión Humana						
																			Cumplir cronograma de capacitaciones		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
																			Evaluar y ajustar el plan de capacitaciones			X			X		X			X							
		2.4. A 31 de diciembre de 2026 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	(No. Actividades Cumplidas / No. Total de Actividades Programadas	**PROY**				33%				66%				100%	100%	Formular e implementar el sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo		X											Lider Seguridad y salud en el Trabajo						
																			Cumplir plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
																			Evaluar y ajustar el plan.												X						
		2.5. A 31 de diciembre de 2026 se habrá ejecutado el >=90% del plan de bienestar social e incentivos	Porcentaje de implementación del programa de bienestar social e incentivos.	(No. Actividades Cumplidas / No. Total de Actividades Programadas	**PROY**				33%				66%				100%	100%	Formular y ejecutar el plan de bienestar social e incentivos		X											Lider Gestión Humana						
																			Cumplir cronograma de Actividades		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
																			Evaluar y ajustar el plan bienestar			X			X		X			X							
		2.6. Hacer 1 seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y gestionar lo de su competencia.	% de seguimientos realizados.	Acciones realizadas / Total de acciones programadas	**PROY**							X							Elaborar cronograma de seguimientos al Plan de Accion		X											Lider Comunicaciones y TICS						
																			Realizar seguimientos y garantizar cumplimiento al Plan de Acción 2026.			X		X			X			X							
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	Desarrollar estrategias que impacten el proyecto de vida de los funcionarios y usuarios	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	No estrategias e intervenciones implementadas en el periodo / No estrategias e intervenciones programadas en el periodo	PROY				33%				66%				100%	100%	Seleccionar y Aplicar el instrumento para levantar el diagnostico de clima organizacional		X	X										Lider Gestión Humana						
																			Socializar y hacer seguimiento a la implementación de las estrategias e interviciones priorizadas en el dignostico de clima organizacional			X	X	X	X	X	X											
																			Revisar los resultados del diagnostico del clima organizacional y priorizar las estrategias e intervenciones					X							X						
		3.2 A 31 de Diciembre de 2026 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.	Nº total de evaluaciones de desempeño/ Total funcionarios de carrera	PROY										100%			100%	Realizar informe consolidado del personal de carrera evaluado 2026.		X	X										Lider Gestión Humana						
																			Adoptar metodología de evaluación y capacitar a evaluados y evaluadores		X	X																
																			Suscribir compromisos laborales y evaluar al personal de carrera administrativa.			X			X						X						
		3.3 Realizar el 90% de reuniones y/o comités de Ley correspondientes al proceso (Comision de Personal, Comité de Bienestar, Comié de	Porcentaje de Cumplimiento de	No Comités Realizadoso en el periodo / No	PROY				33%				66%				100%	100%	Elaborar y ejecutar cronograma de reuniones de Comisión de Personal.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Humana						
																			Elaborar y ejecutar cronograma de reuniones de Comité de Conciliaciones.			X		X			X			X						

participación ciudadana y compromiso por lo ético.	Garantizar la gestión del talento humano orientada a la promoción de capacidades y competencias.	proceso (Comisión de Personal, Comité de Bienestar, Comité de Convivencia) entre otros.	Comités	Comités programadas en el periodo	PROY				33%				66%				90%	90%	Elaborar y ejecutar cronograma de reuniones de Comité de Bienestar e incentivos		X			X			X		X			Lider Gestión Humana						
																			Elaborar y ejecutar cronograma de reuniones de COPAST	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
		3.4 A 31 de diciembre de 2026 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	(N° de Servidores que participaron en el proceso de inducción/N° de Servidores vinculados en el Hospital en el trimestre vencido)	PROY														Establecer el cronograma de inducción	X												Lider Gestión Humana						
																			Convocar al personal nuevo para el proceso de inducción.	X	X																	
																			Ejecutar la actividad planeada de acuerdo al cronograma		X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Seguimiento del personal que tomo el proceso de inducción para emitir certificación y realizar el respectivo seguimiento.			X	X	X	X	X	X	X	X								
4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.		4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY			100%		100%			100%				100%	100%	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE	X																	
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica	X	X	X															
																			Evaluar la implementación de la politca								X	X	X								
		4.2 A 31 de diciembre de 2026 se habrá realizado 1 Jornada de Reinducción a por los menos el 70% de los servidores del Hospital	Jornada realizada	Jornada de Reinducción realizada	PROY												50%	100%	Socialización del proceso de reinducción conforme a la plataforma estrategica del hospital y/o normatividad vigente									X	X	X		Lider Gestión Humana						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Sergio Antonio Aragon Cotes***	***Aprueba: Armando Otero Gamero***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael ESE	**POA PROCESO GESTIÓN RECURSOS FÍSICOS** **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL**	**CODIGO**
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**VERSIÓN**
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS													ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Implementar herramientas gerenciales para fomentar el control de procesos y toma de decisiones.	1.1 A 31 de diciembre de 2026 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	Número de bienes muebles dados de baja en el periodo /Número total de bienes muebles clasificados para dar de baja en la vigencia	PROY						50%						100%	100%	Formular y ejecutar el plan de trabajo del programa de de Adminitsración de Bienes para la vigencia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Recibir solicitudes de las distintas sedes de bienes muebles en mal estado para ser retirados del servicio y tramitar los formatos correspondiente		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Gestión administrativa y trámite de baja				X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Entrega y descargue del inventario							X	X	X	X	X	X								
																			Seguimiento al levantamiento del inventario físico y depuración, de acuerdo a las novedades encontradas							X	X	X	X	X	X								
		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	(Total de siniestros ocurridos / Total de siniestros gestionados)*100	PROY			33%				66%					100%	100%	Garantizar la adquisición del Plan de Seguros y actualizar base de datos del sistema con las novedades presentadas mensualmente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Mantener asegurados los bienes de propiedad, planta y equipo de la entidad, informando permanentemente las novedades de inventarios (ingresos, bajas)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Realizar las reclamaciones del 100% de los siniestros por perdida o hurto de bienes.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		2.1. Durante la vigencia del 2026, 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	No. De actividades ejecutadas / No. De actividades programadas en el plan de mantenimiento	PROY			33%			50%				75%		90%	100%	Formular el Plan de Mantenimiento en cuanto a infraestructura		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Ejecutar el Plan de Mantenimiento en cuanto a infraestructura		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Hacer seguimiento al Plan de Mantenimiento en cuanto a infraestructura			X			X			X			X								
		2.2 Gestionar el >= 90% de los eventos adversos reportados para Tecnología y Ambiente Físico	% de Gestion de eventos adversos	Porcentaje de eventos adversos gestionados/ Total de eventos adversos reportados	PROY			90%			90%			90%			90%	90%	Identificar los eventos asociados a Tecnología y Ambiente Físico.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Reportar al proveedor del equipo biomédico, los eventos asociados a dicho dispositivo.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Hacer análisis del caso reportado y ejecutar acciones de mejora.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
																			Notificar a la instancia pertinente.		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.3 A 31 de Diciembre de 2026 se cumplira en un >=90% el programa de tecnovigilancia de la ESE.	% Cumplimiento de programa	No. De actividades ejecutadas / No. De actividades programadas en el Programa de Tecnovigilancia	PROY			25%			50%			75%			100%	100%	Formular el plan de trabajo del programa de tecnovigilancia para la vigencia		x	x											Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Ejecutar el 100% de las actividades programadas y crear una carpeta en el drive, donde sea posible la consulta de la totalidad de los manuales en línea.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.4 A 31 de diciembre de 2026 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.	(Total de equipos con guia de uso rapido/Total de equipos de mediano y alto riesgo)*100	PROY			25%			50%			75%			90%	90%	Se generará guía de uso rápido a todo equipo de alto y mediano riesgo que adquiera el Hospital	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Se harán capacitaciones Trimestral en el manejo adecuado de los equipos de alto mediano riesgo del Hospital			x			x			x			x								
		2.5 Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	PROY				25%			50%			75%		100%	100%	Actualizar el contexto estratégico	x													Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		x																		
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		x																		
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			x																
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				x			x			x										
		2.6. A 31 de diciembre de 2026, se habrá ejecutado el Plan de Gestión Ambiental en un >=90%.	Porcentaje de cumplimiento del Plan de Gestión Ambiental.	Acciones realizadas / Total de Acciones programadas	PROY						50%			100%			100%	100%	Formular y ejecutar el PIGA para la vigencia		x												Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Elaborar cronograma de actividades			X																	
																			Evaluar trimestralmente el cumplimiento.				x			x			x		x								
		2.7. Mantener actualizada y normalizada el 40% de la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	Documentos nuevos del proceso normalizados / Total de documentos nuevos en el proceso	PROY			10%			20%			30%			40%	40%	Realizar inventario de documentos a actualizar en la vigencia		x												Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Elaborar cronograma de actualización y entregarlo al área de Calidad			x																	
																			Aplicar procedimiento de actualización documental según cronograma				x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		2.8. A 31 de diciembre de 2026, se habrá ejecutado el plan de mejora establecido para el proceso	Cumplimiento plan de mejora de estándares relacionados con el proceso	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación		x												Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas		x																		
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora			x	x	x	x	x	x	x											
	4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria	4.1 Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE		X	X											Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica			X	X	X															

	Institucional.	Gestiones																	Evaluar la implementación de la politca								X	X	X										
	5-Gestion de Inventario y Activos fijos	5.1. realizacion y actualizacion de inventariua de manera anual	Cumplimiento de realizacion de inventario	No de actividades Ejecutadas/ numero de actividades programadas	PROY											100%	100%		Actualizar inventario Institucional		X										Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			definir y aplicar mecanismos para proteccion de los activos		X																			
																			Definir la baja de activos y su aprovechamiento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
	6-control y seguimiento ala ejecucion contracual de los suministros gestados y supervisados por el area de Recursos Fisicos para la	6.1..Seguimiento a la ejecucion contractual	Cumplimiento a la ejecucion contractual	No de actividades Ejecutadas/ numero de actividades programadas *100	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		revision control y seguimiento detallado de la facturacion mensual según ejecucion contractual												Lider Gestión de Recursos Fisicos						
																			Gestion de ingreso y egereso según isumo recibido																					
																			proyecion de cuentas parciales a cada contratista para supervision mensual de ejecucion y respectivos pagos												Lider Gestión de Recursos Fisicos						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: FABIO ANTONIO NAVARRO OSPINO***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	**POA PROCESO GESTIÓN RECURSOS FÍNANCIEROS** **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL**	**CODIGO**
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**VERSIÓN**
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	1.1. Mensualmente facturar >= 90% de las actividades realizadas por venta de servicios.	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	(Total de eventos facturados del mes / Total de eventos generados por pacientes egresados) * 100	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Controlar semanalmente la facturación de eventos por pacientes egresados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Facturadores Técnicos de Facturación						
																			Informar semanalmente pacientes egresados sin facturar al líder de facturación y al líder del Servicio.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Técnicos de Facturación						
																			Oficiar al facturador y técnico la obligatoriedad de cerrar los egresos de pacientes egresados sin facturar en la semana anterior.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Facturación						
																			Conciliar mensualmente la facturación vs la producción a fin de cerrar cargos abiertos y facturar los egresos de pacientes sin facturar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Facturación						
																			Radicar oportunamente el 90% de la facturación generada.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Facturación						
		1.2. A 31 de diciembre se habrá recaudado el >=70 % del valor de la facturación radicada de la vigencia.	% Efectividad del recaudo	Total Recaudo Mes/ Total Facturación Radicada Mes	PROY	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	>=70%	66%	Formular y Ejecutar Plan de Depuración de Cartera.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
																			Efectuar procedimiento de cobro según el manual de Cartera de la ESE.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
																			Realizar preauditoría medica para cuentas y establecer planes de mejora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Auditoría y Glosas						
																			Efectuar procesos de conciliación de cartera con entidades responsables de pago y adelantar negociaciones de acuerdo de pagos para presentar a gerencia para aprobación y suscripción.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Auditoría y Glosas						
																			Contestar de manera oportuna el 100% de la glosa y devoluciones recibidas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Facturación y de Auditoría y Glosas						
																			Efectuar proceso de cobro a entidades responsables de pago con cartera mayor a 180 días.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
		1.3. A 30 de junio de 2026 se habrá recaudado el 75 % del valor de la Cuenta por Cobrar de la vigencia 2025 .	% Efectividad del recaudo	Total recaudo de la cuenta por cobrar/ total de la Cuenta por Cobrar Constituida de la vigencia 2026.							75%								Ejecución del Plan de Mejoramiento de Cartera.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
																			Efectuar procesos de conciliación de cartera con entidades responsables de pago y adelantar negociaciones de acuerdo de pagos para presentar a Gerencia para aprobación y suscripción.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
																			Radicar en la oficina jurídica del hospital el 100% de los expedientes de cobro adelantados por el area de cartera y aprobados en comité de cartera para iniciar las acciones de cobro coactivo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
		1.4 Resultado de Equilibrio presupuestal con recaudo	Resultado de Equilibrio presupuestal con recaudo	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la Vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor recaudo de CXC de Vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de Gastos Comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (Incluye el valor comprometido de CX P de Vigencias anteriores)	PROY												≥ 1.00	≥ 1.00	Liquidar anualmente los contratos de prestación de servicios de salud suscritos con las EPS-S y EPS-C											X								
																			Reducir el déficit presupuestal con recaudo, ajustando permanentemente los ingresos y gastos de la Empresa.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x								
		1.5. 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	((Total Recaudo Vigencia Actual-Total Recaudo Vigencia Anterior) / Total Recaudo Vigencia Anterior)*100	PROY													2,50%	Adelantar cobros con aquellos pagadores con antigüedad mayor a 90 días		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Asesor jurídico						
																			Efectuar proceso de cobro a entidades responsables de pago con cartera mayor a 30 días (Oficio, llamadas, cada 15 días recordando la obligación y fijando plazo para el pago efectivo de la obligación de (1 mes, y 5 días antes de iniciar acciones judiciales)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Mercadeo						
																			Cumplir el cronograma de entrega de informes internos como externos de la ESE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Cartera						
																			Enviar estado de cartera por edades trimestralmente			X		X			X			X		Líder cartera						
		1.6. Realizar seguimiento al cumplimiento a las acciones aprobadas en el Plan de Acción 2026.	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero	(Medidas con seguimiento/Total de las medidas)*100	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Programar reuniones periódicas con los líderes del proceso financiero		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Financiera						
																			Elaborar informes de seguimiento del proceso de gestión financiera				X			X			X			Líderes proceso contabilidad, facturación-cartera, tesorería, presupuesto						
		1.67 A 31 de Diciembre de 2026 se habrá radicado el 90% de la facturación correspondiente a las actividades realizadas en la vigencia.	Porcentaje de Efectividad en el Radicación de Facturación.	(Valor radicado en en el periodo / Valor facturado en periodo) * 100	PROY	75%	80%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Capacitar a los funcionarios que están directamente involucrados con las normas de facturación.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de Facturación						
																			Armar las cuentas con todos los soportes para la oportuna radicación		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Cruzar entre facturación y sistemas los soportes entregados y radicados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Presentar informe de radicación de cuentas de manera mensual		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		1.8. A 30 de junio de 2026 radicar el >=90% de la facturación pendiente de la vigencia anterior	Porcentaje de Efectividad en el proceso de facturación.	(Facturadas radicadas de la vigencia anterior / Total de facturas pendientes de radicar de la vigencia anterior)*100	PROY		25%	25%	25%	15%								90%	Control mensual de la facturación pendiente de radicar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Facturación						
																			Exigir la entrega inmediata por parte del facturador al técnico en la primera semana del mes siguiente, a través de comunicación escrita.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		1.9. Mantener el porcentaje de glosa como máximo el 10% de lo facturado en el año	Porcentaje de efectividad en el proceso de facturación.	(Valor glosado en la vigencia/ Total Facturado durante la vigencia) * 100	PROY												<10%	<10%	Elaborar informe mensual de causas de glosa		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Auditoría						
																			Socializar causas de glosas a los facturadores y técnicos de facturación con el fin de que no reincidan las no conformidades.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								

		1.10. 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.	(No. de objeción, devolucion y recobro Contestada Oportunamente / Total de objeciónes , devolucion y recobro recibidos durante los primeros veinte días del mes) * 100	PROY		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Registro de recibido de objeción durante el mes y fecha de contestación de la objeción.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder facturación						
																			Elaborar informe mensual de causas de objeciones y devoluciones.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Socializar causas de objeciones y devoluciones a los facturadores y técnicos de facturación con el fin de que no reincidan las no conformidades.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		1.11.Depurar en un 80% la Cartera del Hospital	Porcentaje de cumplimiento de Depuración de Cartera	(Valor Depurado / Total Valor a Depurar)*100	PROY			20%			40%			60%			80%	80%	Elaborar informe de cartera con partidas posibles de depurar teniendo en cuenta las diferentes causales que se encuentran mencionadas en el Manual de Cartera de la Institución para ser presentadas al Comité de Sostenibilidad.	X		X		X		X		X			Líder de facturación - Técnico Líder de Cartera						
																			Realizar depuración de cartera de acuerdo a lo establecido en el Manual de Cartera de la ESE.	X		X		X		X		X									
		1.12. Presentar 3 InformeS de facturación generada sin radicar mayor de dos (2) meses	Efectividad del proceso de facturación.	(Valor reportado a responsabilidades / Facturación Generada Sin Radicar Mayor de dos (2) meses)*100	PROY			X			X				X				Elaborar cuadro control de la facturación pendiente de radicar superior a dos (2) meses desde la generación de la factura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder de facturación - Auxiliar de Radicación						
																			Control de reporte de facturas no radicadas dentro de los dos (2) meses siguientes a su generación para proceso de responsabilidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		1.13. 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	(Total de seguimientos realizados al Indicador / Total seguimientos programados)*100	PROY	>=1			>=1			>=1			>=1			>=1	Realizar cronograma de seguimiento al Indicador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Financiera						
																			Cumplir el cronograma de seguimiento al indicador de la ESE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Financiera						
																			Presentar oportunamente informe a la Gerencia para analizar el resultado presentado.		X			X			X			X		Contador - Profesional de Costos						
		1.14. 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	(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a corte 31 de diciembre de la vigencia / Valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios a corte 31 de diciembre	PROY	>=1			>=1			>=1			>=1			4	Realizar cronograma de seguimiento al Indicador	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Financiera						
																			Cumplir el cronograma de seguimiento al indicador de la ESE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Financiera						
																			Presentar oportunamente informe a la Gerencia para analizar el resultado presentado.		X			X			X			X		Contador - Profesional de Costos						
. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	2. Asegurar el desarrollo del modelo metodologico 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	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	PROY						100%			100%			100%	100%	Actualizar el contexto estratégico	X											Líder del proceso						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																	
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		X																	
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X															
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				X			X			X								
		2.2. Presentación oportuna del 90% de los informes financieros exigidos en la normatividad vigente.	Porcentaje de informes oortunemente presentados	Informes del proceso oportunamente presentados / Total de informes del proceso	PROY			90%			90%			90%			90%	90%	Realizar inventario de informes a presentar en la vigencia		X										Líder del proceso						
																			Elaborar cronograma de elaboración y entrega			X															
																			Aplicar procedimiento de elaboración de informes según cronograma				X	X	X	X	X	X	X	X								
OBJETIVO 4: IMPLEMENTAR UN PROCESO INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y MEMORIA INSTITUCIONAL	Desarrollar el modelo metodologico de gestion y transferencia del conocimiento	4.1 Caracterizar e implantar la politicas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE		X	X									Líder del Proceso						
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica			X	X	X													
																			Evaluar la implementación de la politca									X	X	X							

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESOS GESTION JURIDICA Y GESTIÓN CONTRACTUAL*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO*** ***ME-DG-POP-PL002*** ***VERSIÓN*** ***V03-Enero2026***

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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	Capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas	PROY				1						1			2	Convocar a los funcionarios y contratistas.				X						X				Lider Gestión Jurídica						
																			Realizar capacitacionesy/o socializaciones de los diferentes temas.				X						X										
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodológico integral de los sistemas de calidad del hospital	2.1. Responder dentro de los términos legales los procesos judiciales, derechos de petición, tutelas.	Porcentaje de procesos gestionados oportunamente	Derechos de petición gestionados de acuerdo al manual / total derechos de petición gestionados	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Responder oportunamente los derechos DE Peticion presntados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Jurídica						
		2.2. A 31 de diciembre de 2026 se mantendrán actualizados el 100% de los procesos jurídicos de la ESE.	Porcentaje de procesos jurídicos revisados y actualizados	Numero de procesos jurídicos actualizados y revisados / Total procesos jurídicos de la ESE	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Actualizar y revisar oportunamente todos los procesos jurídicos de la institución según TRD.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Jurídica						
		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	Número total de solicitudes respondidas / Número Total de solicitudes realizadas por las áreas	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Realizar las asesorías solicitadas por las diferentes áreas de la institución.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Jurídica						
		2.4. mantener actualizada la matriz de cumplimiento legal (Normograma)	Matriz de cumplimiento legal (Normograma)	Actividad realizada/ total Actividades programadas	PROY										100%	100%	100%	100%	Mantener actualizada la matriz de cumplimiento legal (Normograma)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Jurídica						
		2.5. A 31 de diciembre de 2026 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	Contratos y ordenes notificados / Total de contratos y ordenes.	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Notificar a los supervisores administrativos y técnicos de los contratos de prestación de servicios.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Contractual						
																			Realizar capacitación del Manual de supervisión de contratos del Hospital				X						X										
		2.6. A 31 de diciembre de 2026 se dará aplicación oportuna aplicación del Capitulo de Liquidación de Contratos del Hospital establecido en el Manual de Contratación.	% de contratos liquidados de acuerdo al Manual	Contratos liquidados previa solicitud de acuerdo al manual / total de solicitud de liquidación de contratos por parte de los supervisores.	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Gestionar Recepcionar solicitud y proyección de actas de liquidación por parte de los supervisores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Contractual						
																			Cumplir el procedimiento de liquidación de contratos, acorde a la meta establecida en el Plan Acción 2026	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
																			Realizar capacitación del procedimiento de liquidación de contratos del Hospital				X						X										
		2.7. A 31 de diciembre de 2026 se realizará el 100% de las minutas de contratos que den cumplimiento de los requisitos legales.	Porcentaje de contratos con lineamientos jurídicos.	Número total de contratos realizados / Número total de contratos solicitados con el lleno de requisitos legales	PROY		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Elaborar los contratos solicitados que den cumplimiento de los requisitos legales y de transparencia del proceso de contratación.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Contractual						
		2.8. 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	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante mecanismos de compras conjuntas a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado y/o mecanismos electrónicos / Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.)*100	PROY												70%	70%	Elaborar plan de trabajo para adelantar el proceso de compra conjunta de acuerdo a los lineamientos y directrices de la gerencia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión Contractual						
		2.9. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	PROY						100%		100%				100%	100%	Actualizar el contexto estratégico	X													Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																		
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		X																		
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X																
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				X		X			X										
		2.10. A 31 de diciembre de 2026, 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	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los estándares del proceso programados para el periodo	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación			X											Lider Gestión Jurídica - Lider Gestión Contractual						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas			X																
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora			X	X	X	X	X	X	X	X									
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,	Fortalecer la confianza de la ciudadanía en el hospital	3.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE		X	X											Líder del Proceso						
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica			X	X	X														

la participación ciudadana y compromiso por lo ético.		Rafael																	Evaluar la implementación de la politca								X	X	X							
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	Capacitaciones realizadas / capacitaciones programadas	PROY				1						1			2	Convocar a los funcionarios y contratistas.				X					X			Lider Gestión Jurídica						
																			Realizar capacitacionesy/o socializaciones de los diferentes temas.				X					X									

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael	***POA PROCESO CONTROL INTERNO*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL*** ***MACROPROCESO ESTRATEGICO*** ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	**CODIGO** **ME-DD-PDP-PL002** **VERSIÓN** **V03-Enero2026**

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META 1/3	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS													ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
1. Optimizar la Gestión Financiera del Hospital San Rafael.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	1.1. A 28 de febrero de 2026 haber realizado y reportado la Evaluación de control interno y control interno contable.	Cumplimiento evaluaciones programadas	Evaluaciones realizadas/ Evaluaciones a realizar	PROY		1												Planeación de la Evaluación	X										Líder del proceso						
																			Ejecución de la Evaluación	X					X											
																			Reporte de los resultados de la Evaluación	X	X				X	X										
		1.2. A 30 de junio de 2026 cumplido >=50% el Plan Anual de Auditorías de la ESE.	Cumplimiento PAAC	Actividades programadas en el PAAC/Total Actividades Programadas PAAC	PROY			20%			50%				70%		100%	100%	Elaboración y aprobración del PAAC		X															
																			Ejecución del Plan Anual de Auditorías			X	X	X	X											
																			Reporte de los resultados de de cumplimiento del PAAC						X	X	X										
3. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Asegurar el desarrollo del modelo metodologico integral de los sistemas de calidad del hospital	2.1. Fomentar la cultura de control en la ESE.	Actividades de fomento de cultura de control e integridad	Número de Actividades realizadas/Número de Actividades programadas	PROY					1						1			Planeación de la Actividad				X					X									
																			Ejecución de la Actividad				X					X									
																			Reporte de los resultados de la Evaluación					X						X							
		2.2. A 31 de diciembre formular y ejecutar el 90% del Plan Anual de Auditorías - PAA.	Cumplimiento del Plan de Auditorías	Número de Actividades realizadas/Número de Actividades programadas	PROY			>=20 %				>=50 %			>=75 %		>=90%	>=90%	Ejecución de las auditorías formuladas en el Programa Anual de Auditorías, conforme a la asignación de recursos mínimos requeridos para su ejecución.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
																			Ejecución de los seguimientos formulados en el Programa Anual de Auditorías, conforme a la asignación de recursos mínimos requeridos para su ejecución.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
		2.3. Elaboración y presentación de los informes legales establecidos por la normatividad vigente de las oficinas de Gestión Publica y Autocontrol y/o Control Interno.	% implementación plan	Acciones implementadas / Acciones programadas	PROY			100%			100%			100%			100%	100%	Presentación oportuna de informes según normatividad vigente									X									
																			Reporte de los resultados de la presentación de informes											X							
		2.4. A 31 de diciembre de cada anualidad haber realizado y reportado seguimiento sobre gestión integral de riesgos.	Seguimiento a Mapa de Riesgos	Acciones implementadas / Acciones programadas	PROY					1					1				Planeación del Seguimiento							X											
																			Ejecución del seguimiento							X											
																			Reporte de los resultados										X	X							
		2.5. A 31 de diciembre de 2026, se habrá consolidado y hecho seguimiento trimestral a los planes de mejoramiento resultantes del Plan Anual de Auditorías - PAA y Auditorías Externas.	Cumplimiento plan de mejora de actividades relacionados con el proceso	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar y consolidar acciones de mejora	X										Líder del proceso						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas	X																
																			Hacer seguimiento de las acciones de mejora		X	X	X	X	X	X	X	X								
		2.6. 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	Planes operativos evaluados oportunamente/ Planes operativos a evaluar	PROY		1			1			1			1		4	Planeación de la Evaluación	X	X									Líder del proceso						
																			Ejecución de la Evaluación		X	X																		
																			Reporte de los resultados de la Evaluación			X	X																
		2.7. Hacer seguimiento trimestral al Plan de Acción Institucional y cumplir lo de su competencia.	Cumplimiento actividades del plan	No actividades realizadas / Total de actividades programadas	PROY				100%			100%			100%			100%	Seguimiento al cumplimiento de actividades de acuerdo a lo establecido en el plan de acción para vigencia 2026	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.	Desarrollar el modelo metodologico de gestion y transferencia del conocimiento	4.1. Caracterizar e implantar la politicas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de politicas implementadas	Politicas implementadas / Politicas asignadas	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la política según metodología digitada por la ESE	x										Líder del Proceso						
																			Definir Indicadores de gestión de la Política																			
																			Evaluar la implementación de la política	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x									

Elabora: Wilmar Aguenas Borras	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***	***Revisa: Fabio Antonio Navarro Ospino***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y TICS*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL*** ***MACROPROCESO ESTRATEGICO*** ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***CODIGO*** ***ME-DG-POP-PL002*** ***VERSIÓN*** ***V03-Enero2026***

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS													ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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.	2.1. Dar cumplimiento al 85% de la política de información, transparencia y acceso a la información.	política de información, transparencia y acceso a la información	Numero de actividades ejecutadas de la Poltica de Informacion y trasparencia y acceso a la informacion / Total de actividades programadas.	PROY	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	>=85%	Publicar en el sitio web oficial, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" los items que faltan requeridos		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de la Información						
																			Cumplir con un 50% de los criterios de accesibilidad en el sitio Web		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de la Información						
																			Documentar la ruta o guia de usabilidad de la pagina web cumpliendo lo establecido en la normatividad		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.2.Dar cumplimiento en un 80% de la política de seguridad digital	Documento PETI	Numero de activiadades ejecuadas de la politica de seguridad digital/numero d eactiviades programadas en la polotica de seguridad digital	PROY	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Realizar cronograma de implementación del PETI		X												Lider Gestión de la Información						
																			Implementar o ejecutar las actividades programdas del PETI institucional		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
																			Realizar seguimiento a cronograma de PETI		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
																			Documentar un plan de acccion o estrategias de implementación de la politica de seguridad digital al interior de la ESE.		X											Lider Gestión de la Información						
																			Implementar el plan de accion o cronograma de implementación de la politica de seguridad digita.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
																			Realizar seguimiento a cronograma de PETI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.3. Dar cumplimiento en un 80% de la política de gobierno digital.	Porcentaje de cumplimiento de la politica de Gobierno digital	Numero de activiadades ejecuadas de la politica de seguridad digital/numero d eactiviades programadas en la polotica de seguridad digital	PROY	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	Actualizar y publicar en la pagina web de la ESE la informacion necesaria acorde a las politicas publicas de seguridad digital		X												Lider Gestión de la Información						
																			Documentar Plan de mantenimiento de equipos de computo		X	X										Lider Gestión de la Información						
																			Ejecutar plan de mantenimiento de equipos de computo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		Lider Gestión de la Información						
																			Realziar seguimiento al plan de mantenimiento de equipos de computo			x			x		x			x		Lider Gestión de la Información						
																			Realizar capacitacion al personal para el buen uso de los equipos de computo						X					X		Lider Gestión de la Información						
		2.4. Responder el 90% de los requerimientos de soporte técnico sobre la infraestructura de tecnologías de la información institucional de manera	Porcentaje de requerimientos atendidos.	Número de requerimientos atendidos en el periodo evaluado. / Total de requerimientos del periodo evaluado.	PROY		90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Realizar el soporte técnico de acuerdo a solicitudes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.5 Elaborar e implementar en un 90% el Cronograma del Plan de seguridad informatica para la vigencia.	% cumplimiento del Plan de seguridad informatica	No de Actividades cumplidas en el periodo / No de Actividades cumplidas en el periodo	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Elaborar e implementar el Plan de seguridad informatica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.6. 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 accion	No de Actividades cumplidas del plan de accion / No Actividades programadas del plan de accion.	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Ejecutar el plan resolución 1519 de 2020 MINTIC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.7. Entrega oportuna del 100% de la información estadistica asistencial a las instancias respectivas según los procedimientos de la ESE.	Porcentaje de información entregada oportunamente	Numero de informes entregados oportunamente / Total de solicitudes de información.	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Consolidar y procesar la información estadística asistencial.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.8. 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.	Numero de actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas.	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Actualizar el contexto estratégico, identificar nuevos riesgos de ser necesario, realizar nueva valoración de riesgos y definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						
		2.9. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Caracterizar la política según metodología doptada por la ESE, Definir Indicadores de gestión de la Politica y Evaluar la implementación de la politca		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider Gestión de la Información						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTIÓN AMBULATORIA*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO***
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***VERSIÓN***
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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	No de personas inasistentes a consultas programadas en Medicina Especializada / Total de citas programadas de Medicina E	**PROY**		5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	Garantizar proceso de reposición de citas Agendamiento de citas adicionales según programa Establecer llamado de atención pedagógico a los usuarios inasistentes de forma permanente Realizar seguimiento telefónico a pacientes inasistentes de programas especiales		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		GPAU / Líder Gestión Ambulatoria						
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	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	**PROY**		100%		100%			100%			100%			100%	Actualizar el contexto estratégico	x												Líder Gestión Ambulatoria						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		x																		
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		x																		
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			x																
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación				x			x			x									
		3.2. Dar cumplimiento al >=90% de la producción de acuerdo a las horas programadas de talento humano.	% de cumplimiento	No. De consultas realizadas en el periodo / No. De consultas programadas en el periodo	**PROY**		>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar la programación y ejecución de las agendas de consulta externa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria						
		3.3. Lograr un 90% del cumplimiento de rendimiento en agendas de consulta externa.	% de cumplimiento	Rendimiento del periodo / Rendimiento programado según estándar	**PROY**		>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar seguimiento a las agendas de consulta externa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria						
		3.4. Gestionar el 90% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	No. de eventos adversos gestionados / No. de eventos adversos ocurridos relacionados con el proceso	**PROY**		>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar gestión de los eventos adversos centinela.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria						
		3.5. Elaborar y socializar el 90% de las rutas de atención programadas	% de cumplimiento	No. de rutas elaboradas y socializdas / No. de rutas programadas.	**PROY**		>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Elaborar y socializar las rutas de atención para: (HTA, Diabetes, CA seno, CA Cervix, materno perinatal, infancia y trasmisibles)		x												Líder Gestión Ambulatoria						
		3.6. Lograr un 90% de adherencia de guías de práctica clínica de la ESE.	% de adherencia a la guía	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía / Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa.	**PROY**		>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación		x												Líder Gestión Ambulatoria						
		3.7 Mantener actualizada y normalizada la documentación relacionada con el proceso	Porcentaje de documentos normalizados	Documentos nuevos del proceso normalizados / Total de documentos nuevos en el proceso	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Socialización y seguimiento a la adherencia de guías de práctica clínica.		x												Líder Gestión Ambulatoria						
		3.8. A 31 de diciembre de 2026, 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	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los estándares del proceso a realizar en el periodo.	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Determinar acciones de mejora a partir de última autoevaluación		x												Líder Gestión Ambulatoria						
																			Levantar plan de mejora según acciones priorizadas		x																		
																			Gestionar la realización de las acciones de mejora			x	x	x	x	x	x	x										
		3.9. Analizar todos los meses las cinco quejas más frecuentes en los servicios misionales	% Seguimiento a quejas	No de causas más frecuentes de quejas en el usuario evaluadas en el periodo / cinco primeras causas de quejas de los usuarios en el mismo periodo	**PROY**		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Realizar seguimiento a las quejas mas frecuentes Llevar a cabo de forma periódica el Comité de Atención al Usuario		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria / Atención al usuario						
4. IMPLEMENTAR UN PROCESO INSTITUCIONAL DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y MEMORIA INSTITUCIONAL	Desarrollar el modelo metodológico de gestión y transferencia del conocimientoes y competencia	4.1. Caracterizar e implantar la politicas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de politicas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la política según metodología doptada por la ESE		x												Líder Gestión Ambulatoria						
																			Definir Indicadores de gestión de la Política		X	X	X																
																			Evaluar la implementación de la politca				x	x	x	x	x	x	x	x									
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 atencion de salud, en la poblacion en los territorios sociales	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	Indicador - metodología de la Superintendencia Nacional de Salud	**PROY**	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	Realizar análisis de la oferta y demanda del servicio Asegurar la provisión de las novedades que se presentan en la programación del recurso humano		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria / Estadística						
		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	Indicador - metodología de la Superintendencia Nacional de Salud	**PROY**	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	Realizar análisis de la oferta y demanda del servicio Asegurar la provisión de las novedades que se presentan en la programación del recurso humano		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria / Estadística						
		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	Indicador - metodología de la Superintendencia Nacional de Salud	**PROY**	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	<=8	Realizar análisis de la oferta y demanda del servicio Asegurar la provisión de las novedades que se presentan en la programación del recurso humano		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Subgerencia de Servicios / Estadística						
		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	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis que fueron intervenidos las primeras 6 horas posterior a la confirmación del diagnóstico / Total de pacientes con diagnostico de apendicitis al egreso en el periodo	**PROY**	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	Realizar análisis de la oferta y demanda del servicio Asegurar la provisión de las novedades que se presentan en la programación del recurso humano		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Subgerencia de Servicios / Estadística						
		Mantener la oportunidad de atención en la consulta especializada de pediatrial en un rango menor o igual a 5 días.	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita	**5**	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	≤ 5	Garantizar el recurso humano especializado para una atención oportuna		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		5.5. Mantener la oportunidad de consulta especializada de medicina interna en 15 o menos días.	Oportunidad de Consulta	Sumatoria del total de días calendario transcurridos entre la fecha la cual solicita el usuario cita por cualquier medio para ser atendido en la consulta / Numero total de consultas medicas medicina interna.	**PROY**	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	<=15	Mantener la oportunidad en la asignación de citas en consulta ambulatoria de acuerdo a los estándares establecidos en la norma.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria						
		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)	Indicador - metodología de la Superintendencia Nacional de Salud	**PROY**	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	Realizar análisis de la oferta y demanda del servicio Asegurar la provisión de las novedades que se presentan en la programación del recurso humano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión Ambulatoria / Estadística						

		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"	Número de indicadores de resultado analizados del Modelo... / Total de indicadores propuestos en el Modelo	**PROY**				33,00%			33,00%			33,00%			100,00%	Realizar seguimiento a las bases de datos y canalizaciones de los indicadores priorizados en el Modelo Humanizado...				X		X			X				Lider Gestión Ambulatoria						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Eriero 2026	*Fecha: Eriero 2026*	*Fecha: Eriero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	**POA PROCESO GESTIÓN AMBULATORIA** **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL**	**CODIGO**
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**VERSIÓN**
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
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.	5.1. Cumplimiento del 90% 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	Numero de servicios con oportunidad en apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a los estándares / Total de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico con estándar definido por norma.	**PROY**	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						
		5.2. Cumplir con el 90% de estándares de rendimiento del servicio de laboratorio y rehabilitación.	% de cumplimiento	No. Servicios con cumplimiento de rendimiento en el periodo / Rendimiento programado por servicio según estándar	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar seguimiento a la programación de producción en los servicios de laboratorio y rehabilitación.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						
		5.3. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	No. de eventos adversos gestionados / No. de eventos adversos ocurridos relacionados con el proceso	**PROY**	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	Realizar gestión de los eventos adversos centinela.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						
		5.4. Dar cumplimiento al 90% de la producción del servicio de apoyo Dx y terapéutico.	% de cumplimiento	Numero de servicios con producción en apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo a la programación / Total de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar la programación y ejecución de la producción de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						
		5.5. Gestionar el 90% de las actividades establecidas en el Mapa de Riesgos	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos.	Porcentaje de cumplimiento actividades mapa de riesgos / Numero de actividades ejecutadas	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Actualizar el contexto estratégico, identificar nuevos riesgos de ser necesario, realizar nueva valoración de riesgos y definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						
		5.6. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	% Cumplimiento de Acciones de Mejora	% Cumplimiento de Acciones de Mejora / Número de Acciones de Mejora Realizadas	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Determinar acciones de mejora, levantar plan de mejora según acciones priorizadas y gestionar la realización de las acciones de mejora		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión de Apoyo Diagnostico y Terapeutico						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

POA PROCESO HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL**	**CODIGO** ME-DG-POP-PL002
MACROPROCESO ESTRATEGICO **PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**	**VERSIÓN** V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS													
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM
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.	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.	Numero de actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas.	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
		2.2. Caracterizar e implantar la politicas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%
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.	5.1. Mantener o disminuir (igual o menor que 0) el indicador de promedio estancia en los servicios hospitalarios, según linea base	variación promedio estancia	Promedio estancia del periodo evaluado /promedio estadía de línea base	PROY	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0
		5.2. Mantener o aumentar en un 10 % el indicador de giro cama en los servicios hospitalarios según linea base.	variación giro cama	Giro cama del periodo evaluado / Giro cama de línea base	PROY			>=10%			>=10%			>=10%			>=10%	>=10%
		5.3. Mantener o aumentar el indicador de porcentaje ocupacional en los servicios hospitalarios en un 10%, según linea base a 31 de diciembre de 2026.	variación % porcentaje ocupacional	Dias Estancia Hospitalaria Ocupados/ Total Dias Capacidad Intalada Disponible	PROY	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%	>=10%
		5.4. Mantener el indicador de IACS en entre 0,5 y 2.5	porcentaje de infección intrahospitalaria	Número de pacientes con IACS / No. total de egresos del servicio de hospitalización	PROY	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5	<=2.5
		5.5. Adoptar y socializar el 100% de guías de practicas clínica de acuerdo a perfil de morbi-mortalidad de la ESE.	% de cumplimiento	No. de GPC adoptadas / No. de GPC programadas para adopción	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		5.6. Lograr un 80% de adherencia a las guías de la primera causa de egreso hospitalario	% de adherencia	Numero de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía / Numero de historias clínicas incluidas en la muestra representativa	PROY	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%
		5.7. Alcanzar un porcentaje igual o superior al 80% en la evaluación de la guía de manejo especifica de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	% de adherencia	No. de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación /No. total de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa de los pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación	PROY	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%
		5.8. Mantener el resultado del indicador de neumonías broncoaspirativas en paciente pediátrico de origen intrahospitalario.	% Neumonías broncoaspirativas	Numero de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Numero de pacientes pediátricos con neumonías broncoaspirativa de origen interhospitalario en la vigencia anterior.	PROY	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0	<=0
		5.9. Dar respuesta oportuna al 90% de las interconsultas generadas en los servicios de hospitalización .	Oportunidad interconsulta	Numero de interconsultas solicitadas en el servicio de hospitalización / Numero de interconsultas realizadas en el servicio de hospitalización	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
		5.10. Realizar análisis de mortalidad hospitalaria al 90% de los casos.	% de análisis de mortalidad	Numero de casos de Mortalidad Intrahospitalaria mayor de 48 horas revisadas en el comité respectivo / Total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
		5.11. Gestionar el 95% de los eventos adversos centinela.	% de cumplimiento	Numero de eventos reportados / Numero de eventos gestionados	PROY	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%	>=95%
		5.12. Dar cumplimiento al 90% de las cirugías programada.	% de cumplimiento	No. De cirugías realizadas / No. De cirugías programadas	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
		5.13. Dar cumplimiento al 80% de ocupación de salas en cirugía programada de acuerdo a la capacidad instalada.	% de cumplimiento	No. De horas ocupada sala / No. De horas capacidad salas	PROY	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%	>=80%
		5.14. Adherencia del 100% al diligenciamiento del consentimiento informado	% de adherencia	No. De ítems con cumplimiento / No. Total ítems evaluados	PROY	>=100%	>=100%	>=100 %	>=100 %	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%	>=100%
		5.15. Gestionar en el servicio de cirugía el cumplimiento en un porcentaje mayor o igual al 90% del indicador de oportunidad de apendiceptomia	% de oportunidad en la realización de apendiceptomia	Numero de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso de la vigencia objeto de evaluación.	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%
		5.16. Mantener en 30 días máximo la oportunidad en la realización de cirugía Programada.	Oportunidad en la atención de cirugía	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía / Numero de cirugías programada en el periodo	PROY	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30
		5.17. 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.	Número de pacientes en observación mayor de 24 horas en el servicio / Número total de pacientes en observación	PROY	90,00%	90,00%	90,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%	95,00%

META	ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
2.1	Actualizar el contexto estratégico, identificar nuevos riesgos de ser necesario, realizar nueva valoración de riesgos y definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
2.2	Caracterizar la politica según metodología doptada por la ESE		X												Lider de Hospitalización						
2.2	Definir Indicadores de gestión de la Politica		X	X	X																
2.2	Evaluar la implementación de la politca				X	X	X	X	X	X	X	X	X								
5.1	reporte del siho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.2	reporte coordinacion medica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.3	reporte coordinacion medica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.4	Implementar las medidas establecidas en el manual de bioseguridad para garantizar un adecuado indicador de Infecciones asociadas al cuidado de la salud IACS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.5	informe de adopcion de GPC		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.6	Gestionar la respuesta con las instituciones de salud y sociales para la atención de los usuarios identificados con prioridades desde el plan de intervenciones colectivas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.7	informe de auditoria		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.8	infome coordinacion medica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.9	infome coordinacion medica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.10	ACTAS DE COMITÉ		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.11	Realizar gestión de los eventos adversos centinela.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Hospitalización						
5.12	Gestionar el servicio de cirugía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Cirugía						
5.13	Gestionar el servicio de cirugía	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Cirugía						
5.14	informe adherencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Cirugía						
5.15	informe coordinacion medica														Lider de Cirugía						
5.16	informe siho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Cirugía						
5.17	Realizar informe mensual de de los pacientes en los Servicios de Observación con tiempos superiores a 24 horas por causas administrativas y/o asistenciales para seguimiento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lider de Cirugía						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

19	13	16	8	8	20	18	6	19	11	15	10	15	10	188
13	2	12	4	5	4	7	2	0	6	11	0	4	8	77
4	2	2	0	0	0	0	0	0	5	2	0	5	0	22
2	9	2	4	3	16	11	4	19	0	2	10	6	2	89
68%	15%	75%	50%	63%	20%	39%	33%	0%	55%	73%	0%	27%	80%	41%
21%	15%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	45%	13%	0%	33%	0%	12%
11%	69%	13%	50%	38%	80%	61%	67%	100%	0%	13%	100%	40%	20%	47%

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO***
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***VERSIÓN***
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.		2.1. Realizar seguimiento trimestral al mapa de riesgos del proceso	% cumplimiento del seguimiento a acciones programadas en plan de manejo de riesgos	Acciones de plan de manejo con seguimiento / total acciones de plan de manejo de riesgos programadas	**PROY**		25		50			75%			100%			100%	Actualizar el contexto estratégico	X												Líder Gestión del Riesgo en Salud						
																			Identificar nuevos riesgos de ser necesario		X																				
																			Realizar nueva valoración de riesgos del mapa de 2026 con tratamientos implementados al 100%		X																				
																			Definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"			X																			
																			Realizar el seguimiento a la matriz de riesgos trimestralmente y reportarlo a la oficina de planeación		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
4. Fortalecer la gestión del conocimiento y memoria institucional.		4.1. Caracterizar e implantar la políticas asignadas en MIPG según el Acuerdo 001 de 2021 del Hospital San Rafael	Porcentaje de políticas implementadas	Políticas implementadas / Políticas asignadas	**PROY**			100%			100%			100%			100%	100%	Caracterizar la política según metodología doptada por la ESE		x												Líder Gestión del Riesgo en Salud						
																			Definir Indicadores de gestión de la Politica		X	X	X																		
																			Evaluar la implementación de la politca				x	x	x	x	x	x	x	x	x									
		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	Número de acciones realizadas / Número de acciones programadas	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar acciones que permitan a las comunidades adquirir y fortalecer hábitos promotores y protectores de la salud.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión del Riesgo en Salud						
		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	Número de familias cubiertas por acciones en salud / Número de familias programadas.	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Realizar acciones de salud a familias identificadas con vulnerabilidad en salud.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión del Riesgo en Salud						
		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	Número de acciones realizadas / Número de acciones programadas	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Identificar, caracterizar y promover prácticas de autocuidado para la prevención de riesgos en salud.				X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión del Riesgo en Salud						
		5.5. Respuesta oportuna al 90% de los eventos de interés en salud pública notificados	% de cumplimiento	Número IEC de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años realizadas / Número Casos de mortalidad por IRA reportados en niños menores de 5 años	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%			Realizar intervenciones de IEC a casos de mortalidad por IRA en menor de 5 años residentes en los territorios sociales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder Gestión del Riesgo en Salud						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Líder de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*

Hospital San Rafael E.S.E.	***POA PROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS*** ***ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL***	***CODIGO***
		ME-DG-POP-PL002
	MACROPROCESO ESTRATEGICO ***PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA***	***VERSIÓN***
		V03-Enero2026

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN PLAN OPERATIVO ANUAL 2026

OBJETIVOS ESTRATEGICOS PDI	OBJETIVOS ESPECIFICOS PDI	META	INDICADOR META	FORMULA DE INDICADOR	METAS MENSUALIZADAS														ACTIVIDADES METAS ANUALES	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											OBSERVACIONES	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2026					
					SEG	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			SEGUIMIENTO	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	ACUM
2. Fortalecer la Capacidad Institucional de la ESE.	Garantizar la generación y recaudo de los ingresos	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.	Numero de actividades ejecutadas / Total de actividades propuestas.	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Actualizar el contexto estratégico, identificar nuevos riesgos de ser necesario, realizar nueva valoración de riesgos y definir nuevas acciones para aquellos riesgos con valoración en zona diferente a "bajo riesgo"	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
		2.2. Gestionar el 90% de las acciones del plan de mejoramiento institucional pertinentes al proceso.	variación % porcentaje ocupacional	(No. Actividades priorizadas Cumplidas del Plan de Mejora de los Estándares de Acreditación / No. Total de Actividades Establecidas en Plan de Mejora de los estándares del proceso a realizar en el periodo	PROY	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Determinar acciones de mejora, levantar plan de mejora según acciones priorizadas y gestionar la realización de las acciones de mejora			X	X	X	X	X	X	X	X	X								
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.	2.1 Mantener en 30 minutos la oportunidad de consulta médica de urgencias para triage II.	Oportunidad de urgencias	Sumatoria de los minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente por parte del médico / Total de usuarios atendidos en consulta de triage II	PROY	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	<=30	Realizar la programación de turnos de médico para el servicio de urgencias dando respuesta a la demanda del mismo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder del proceso						
		5.1. Dar cumplimento a la guía de IAM en un 90%.	Oportunidad en atención especifica de paciente con diagnóstico de IAM	Número de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio cuya oportunidad en la atención en la primera hora posterior a la realización del diagnostico cumple con los criterios establecidos en la Guia de Practica Clinica / Total de pacientes con diagnostico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia.	**PROY**	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	>=90%	Gestionar la atención oportuna del los pacientes con diagnóstico IAM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Líder del Proceso						
		5.2. Gestionar el 100% de los eventos adversos centinela.	% de eventos adversos gestionados	No. de eventos adversos gestionados / No. de eventos adversos ocurridos relacionados con el proceso	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Realizar gestión de los eventos adversos centinela.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Coordinacion de salud publica. administrativo, territoriales y de componente						
		5.3. Gestionar el 100% de los traslados solicitados	% de Traslados Gestionados	No. de traslados realizados / No. Total de traslados gestionados	PROY	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Gestionar el traslado de pacientes dentro de las unidades de acuerdo a las necesidades clínicas del paciente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		coordinadores territoriales						
		5.4. Unificación de criterios en un manual de referencia contrarferencia.	Existencia de manual	No. De documentos elaborados o actualizados / Total documentos programados	PROY			1										1	Definición de procedimientos e instrumentos para remisión y traslado de pacientes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Coordinacion de salud publica. administrativo, territoriales y de componente						
		5.5. Disminuir en el 2026 el porcentaje de Pacientes con reingreso por la misma causa de menos de 72 horas por el mismo Diagnostico <=2%.	Reingreso por el servicio de urgencias.	Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas que hacen parte de la muestra representativa / Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo incluidas en la muestra representativa.	PROY	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	<=2%	Gestionar el cumplimiento de las guías de practicas clínica.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Lideres de territorios y componente de VSP						

Elabora: Wilmer Agamez Borres	***Revisa: Favio Antonio Navarro Ospino***	***Aprueba: Ricardo Ruiz Vallejo***
Cargo: Lider de Planeación	*Cargo: Gerente*	*Cargo: Presidente Delegado de Junta Directiva*
Fecha: Enero 2026	*Fecha: Enero 2026*	*Fecha: Enero 2026*