Hospital Regional

FORMATO PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

DES-FO-10

FORMULACION PLAN DE ACCION											SEGUIMIENTO PRIMER TRIMESTRE (ENERO - FEBRERO - MARZO)						SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE (ABRIL - MAYO - JUNIO)						SEGUIMIENTO TERCER TRIMESTRE (JULIO - AGOSTO - SEPTIEMBRE)						SEGUIMIENTO CUARTO TRIMESTRE (OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE)					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	INDICADOR DE LA META	META BASE DE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PLANEADAS	PONDERACIÓN POR ACTIVIDAD (%)	COMPONENTE	RECURSOS	RESPONSABLE	CRONOGRAMA		ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	PROCENTAJE DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
									FECHA INICIO	FECHA FINAL																								
Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Direccionamiento Estratégico Actualizado	100%	**P:** Definir la planeación de cada componente del direccionamiento estrategico (Plan Operativo anual y planes de acción 2022)	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Gerencia	2022-01-22	2022-01-31	Se evidencia la formulación del Plan Operativo Anual de acuerdo a los lineamientos normativos aprobado bajo acto administrativo el cual enfoca al cumplimiento del componente de direccionamiento	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia Planes de Acción Institucionales y Planes Operativos Anuales Actos administrativos y Cargue	_	Se evidencia la formulación del Plan Operativo Anual de acuerdo a los lineamientos normativos aprobado bajo acto administrativo el cual enfoca al cumplimiento del componente de direccionamiento	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia Planes de Acción Institucionales y Planes Operativos Anuales Actos administrativos y Cargue	_	Se evidencia la formulación del Plan Operativo Anual de acuerdo a los lineamientos normativos aprobado bajo acto administrativo el cual enfoca al cumplimiento del componente de direccionamiento	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia Planes de Acción Institucionales y Planes Operativos Anuales Actos administrativos y Cargue	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre	Se evidencia la formulación del Plan Operativo Anual de acuerdo a los lineamientos normativos aprobado bajo acto administrativo el cual enfoca al cumplimiento del componente de direccionamiento	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia Planes de Acción Institucionales y Planes Operativos Anuales Actos administrativos y Cargue	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre
				H: Realizar seguimiento y validación del cumplimiento del plan estratégico de la ESE	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Gerencia	2022-02-01	2022-12-31	Se evidencia sustentación del Plan Estrateggico y presnetación del plan de Gestión de la Vigencia correspondiente a 2021 ante la Junta Directiva de la ESE	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia sustentación plan estrategico 2021 junta Directiva y soportes Seguimientos planes de acción	_	Se evidencia sustentación del Plan Estrategico y presentación del plan de Gestión de la Vigencia correspondiente a 2021 ante la Junta Directiva de la ESE	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia sustentación plan estrategico 2021 junta Directiva y soportes Seguimientos planes de acción	_	Se evidencia sustentación del Plan Estrategico y presentación del plan de Gestión de la Vigencia correspondiente a 2021 ante la Junta Directiva de la ESE	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia sustentación plan estrategico 2021 junta Directiva y soportes Seguimientos planes de acción	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre	Se evidencia sustentación del Plan Estrategico y presentación del plan de Gestión de la Vigencia correspondiente a 2021 ante la Junta Directiva de la ESE	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencia sustentación plan estrategico 2021 junta Directiva y soportes Seguimientos planes de acción	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre
				V: Evaluar los resultados del plan estratégico trimestralmente	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Gerencia	2022-02-01	2022-12-31	Se realizó solicitud y medición d elos planes estratégicos evaluando el cumplimiento de avance para la vigencia 2022 acorde con los lineamitnos de control interno	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	7.5%	25%	Evidencia seguimiento planes de accion trimestre primero	_	Evidencia seguimiento planes de accion	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	15%	50%	Seguimiento al plan de accion de cada area	_	Evidencia seguimiento planes de accion	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	22.5%	75%	Seguimiento al plan de accion de cada area	_	Seguimiento y cierre al plan de accion	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	30%	100%	Evidencias del plan de accion	
				A: Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Gerencia	2022-02-01	2022-12-31	No se han presntado desviaciones ni acciones correctivas	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	0%	0%	_	_	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	5%	50%	_	_	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	7.5%	75%	_	_	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	Cesar Gonzalez Peréz Gerente Equipo Asesor	10%	100%	_	_
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTUTA HOSPITALARIA	% cumplimiento cronograma mantenimiento de planta física	MANTENIMIENTO DE EDIFICIOS E INSTALACIONES FISICAS	**P (Planeacion)**: Planear en el programa anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria el componente de mantenimiento de edeficios e instalaciones fisicas (paredes, pisos, cubiertas,unidades sanitarias, puertas y ventanas	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	Se elaboró, presentó y fue aprobado por la Gerencia el Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2022.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_
				H. (Hacer): Realizar el respectivo mantenimiento correctivo y preventivo de la infraestrustura fisica de la ESE HRMM	50%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas requeridas durante el primer trimestre	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	12.5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	25%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas durante el tercer trimestre.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	37.5%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se ejecuto el Plan de mantenimiento de acuerdo a lo programado, dando cumplimientoala presente meta	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	50%	100%	Informe mes de Diciembre	_
				V. (Verificación): Verificar el oportuno cumplimiento del cronograma de mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas según el progama anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria de la ESE HRMM.	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de edificios e instalaciones fisicas.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	15%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se verifico el cumplimiento mediante el seguimiento continuo a la infraestrtctura de la entidad y se deja evidenciado en un informe final	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Informe mes de Diciembre e informe fotografico	_
				A. (Actuar) Tomar las decisiones de acuerdo a lo encontrado.	10%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	0%	0%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	50%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	7.5%	75%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	100%	_	_
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTUTA HOSPITALARIA	% cumplimiento cronograma mantenimiento de sistemas	MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE REDES (Electricas, Alcantarillado y Agua Potable)	**P (Planeacion)**: Planear en el programa anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria el componente de mantenimiento de sistemas de redes (Electricas, Alcantarillado y Agua Potable)	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	Se elaboró, presentó y fue aprobado por la Gerencia el Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2022.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_
				H. (Hacer): Realizar el respectivo mantenimiento correctivo y preventivo del sistema de redes que conforman la infraestructura de la ESE HRMM	50%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	12.5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	25%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	37.5%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se ejecuto el Plan de mantenimiento de acuerdo a lo programado, dando cumplimiento a la presente meta. Se realizaron las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	50%	100%	Informe mes de Diciembre	_
				V. (Verificación): Verificar el oportuno cumplimiento del cronograma de mantenimiento de redes electricas, de alcantarillado y agua potable según el progama anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria de la ESE HRMM.	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2021, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al mantenimiento de Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable)	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	15%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se verifico el cumplimiento mediante el seguimiento continuo al Sistemas de Redes (Electricas, Alcantarillado y agua potable) y se deja evidenciado en un informe final y fotografias	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Informe mes de Diciembre e informe fotografico	_
				A. (Actuar) Tomar las decisiones de acuerdo a lo encontrado.	10%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	0%	0%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	50%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	7.5%	75%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	100%	_	_
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTUTA HOSPITALARIA	% cumplimientio cronogrma de equipos industriales	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS INDUSTRIALES	**P (Planeacion)**: Planear en el programa anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria el componente de mantenimiento de equipos industriales (sistema de moto bomba, planta electrica, equipo shiller Aire acondicionado, aires mini split y ascensores).	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	Se elaboró, presentó y fue aprobado por la Gerencia el Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2021.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. (Hacer): Realizar el respectivo mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos industriales que conforman la infraestructura de la ESE HRMM	50%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales tales como el mantenimiento al tanque de agua potable, mantenimiento a la planta electrica y la revision del equipo shiller y arranque para pruebas realizdo por el personal de mantenimiento	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	40%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	30%	60%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	37.5%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se ejecuto el Plan de mantenimiento de acuerdo a lo programado, dando cumplimiento a la presente meta. Se realizaron el total de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	50%	100%	Informe mes de Diciembre	_
				V. (Verificación): Verificar el oportuno cumplimiento del cronograma de mantenimiento de equipos industriales según el progama anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria de la ESE HRMM.	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales tales como el mantenimiento al tanque de agua potable, mantenimiento a la planta electrica y la revision del equipo shiller y arranque para pruebas realizdo por el personal de mantenimiento	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	8%	40%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	15%	60%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	15%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se verifico el cumplimiento mediante el seguimiento continuo al Mantenimiento de Equipos Industriales	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Informe mes de Diciembre e informe fotografico	_
				A. (Actuar) Tomar las decisiones de acuerdo a lo encontrado.	10%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	0%	0%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	50%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	7.5%	75%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	100%	_	_
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTUTA HOSPITALARIA	% cronograma de de infraestructura de áreas adyacentes	MANTENIMIENTO DE AREAS ADYACENTES	**P (Planeacion)**: Planear en el programa anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria el componente de mantenimiento de areas adyacentes (parqueadero, vigas canales y malla de seguridad)	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	Se elaboró, presentó y fue aprobado por la Gerencia el Plan de Mantenimiento Hospitalario vigencia 2022.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	_	Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Docuemnto Plan de mantenimiento Hospitalario Vigencia 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. (Hacer): Realizar el respectivo mantenimiento correctivo y preventivo de las areas adyacentes que conforman la infraestructura de la ESE HRMM	50%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	12.5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	25%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se realizaron las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	37.5%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se ejecuto el Plan de mantenimiento de acuerdo a lo programado, dando cumplimiento a la presente meta. Se realizaron el total de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	50%	100%	Informe mes de Diciembre	_
				V. (Verificación): Verificar el oportuno cumplimiento del cronograma de mantenimiento de areas adyacentes según el progama anual de mantenimiento de infraestructura hospitalaria de la ESE HRMM.	20%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	25%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	50%	Informe Trimestral de Actividades	_	De acuerdo al cronograma del Plan de Mantenimiento hospitalario Vigencia 2022, se verificó el cumplimiento de las actividades correspondientes al Mantenimiento de Areas Adyacentes.	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	15%	75%	Informe Trimestral de Actividades	_	Se verifico el cumplimiento mediante el seguimiento continuo al Mantenimiento de Areas Adyacentes	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	20%	100%	Informe mes de Diciembre e informe fotografico	_
				A. (Actuar) Tomar las decisiones de acuerdo a lo encontrado.	10%	Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Tecnológicos Recursos Humanos	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	2022-01-01	2022-12-31	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	0%	0%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	5%	50%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	7.5%	75%	No Aplica	_	No se presentaron desviciaciones, ni acciones correctivas	CORDINADOR DE MANTENIMIENTO	10%	100%	_	_
Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE HRMM, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.	MANTENIMIENTO Y TECNOLOGÍA	% inventario realizado en todas las áreas	levantamiento inventarios equipo biomedico del HRMM	P Programar recorridos para el levantamiento de inventarios de equipos Biomédico.	30%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	ingeniero biomedico	2022-01-03	2022-03-31	Se realizo cronograa de rondas unidades funcionales	ingeniero biomedico	12%	40%	Cronograma rondas		Se realizo cronograa de rondas unidades funcionales	ingeniero biomedico	12%	40%	_	LAS RONDAS SE DEBEN REALIZAR NUEVAMENTE DEBIDO A LA ENTREGA DE NUEVO EQUIPOS.	Se realizaron rondas por lo diferentes servicios	ingeniero biomedico	30%	100%	Formato de inventario por unidad funcional	_	Se realizaron rondas por lo diferentes servicios	ingeniero biomedico	30%	100%	Formato de inventario por unidad funcional	_
				H. Recopilar la información de acuerdo a las Rondas establecidas por el Cronogrma	40%	Plan de Gestión	Fisicos humanos y financieros	ingeniero biomedico	2022-01-03	2022-03-31	Ronda y levantamiento de informacion	ingeniero biomedico	16%	40%	inventario por unidades funcionales, SE ESTA AUN EN PROCESO DE ACTUALIZACION DEBIDO A LA CONTRATACION DE UN ENTE EXTERNO PARA LA UBICACIÓN DE NUEVO CODIGO DE INVENTARIO EN LA INSTITUCION.	_	Ronda y levantamiento de informacion	ingeniero biomedico	16%	40%	_	INVENTARIO POR UNIDADES FUNCIONALES, SE ESTA AUN EN PROCESO DE ACTUALIZACION DEBIDO A LA CONTRATACION DE UN ENTE EXTERNO SE ESTA EN LA COMPARACION DE DATOS	Se realizaron rondas por lo diferentes servicios	ingeniero biomedico	38%	95%	Registroo de inventario por unidad funcional	_	Se realizaron rondas por lo diferentes servicios e inventario	ingeniero biomedico	40%	100%	Inventario	_
				V. Identificar y Socializar equipos biomedicos que requieran reparación, solicitando a Gerencia la respectiva gestión en donde se registre los equipos a dar de baja para ser estudiados en el Comité de bajas, y los demás realizar la respectiva gestión.	20%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	ingeniero biomedico	2022-01-03	2022-03-31	Elaboracion listado de repuestos requeridos	ingeniero biomedico	16%	80%	Compra de repuestas realizada termnando vigenvia anterior, se realiza listado de marca draeger	_	Elaboracion listado de repuestos requeridos	ingeniero biomedico	16%	80%	_	_	Elaboracion listado de repuestos requeridos	ingeniero biomedico	18%	90%	Listado de repuestos	_	Elaboracion listado de repuestos requeridos	ingeniero biomedico	20%	100%	Solicitud de respuestos	_
				A. Tomar acciones correctivas segúnlas desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	ingeniero biomedico	2022-01-03	2022-03-31	_	ingeniero biomedico	0%	0%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	5%	50%	_	_	No se presentaron deviacioness, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	7.5%	75%		_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	10%	100%	_	_
Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE HRMM, de acuerdo a su desarrollo y	MANTENIMIENTO Y TECNOLOGÍA	% cumplimiento cronograma equipos biomédicos con hojas de	Levantamiento hojas de vida unidades funcionales	P . Realizar la planeación de la revisión de equipos biomédicos para elaborar el formato hoja de vida equipo biomedico	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-02-01	2022-03-31	Se realiza diseño formato hoja de vida 2022, incluye logo de nuevo proveedor de mantenimiento de equipo biomedico	ingeniero biomedico	25%	100%	formato hoja de vida	se encuentra en medio magnetico	Se realiza diseño formato hoja de vida 2022, incluye logo de nuevo proveedor de mantenimiento de equipo biomedico	ingeniero biomedico	25%	100%	_	_	Se realiza diseño formato hoja de vida 2022, incluye logo de nuevo proveedor de mantenimiento de equipo biomedico	ingeniero biomedico	25%	100%	_	_	Se realiza diseño formato hoja de vida 2022, incluye logo de nuevo proveedor de mantenimiento de equipo biomedico	ingeniero biomedico	25%	100%	formato hoja de vida	Activdadad ejecutada al 100% en el primer trimestre
				H. Realizar las Hojas de Vida de los equipos de todo el hospital	40%	Plan de Gestión	Fisicos humanos y financieros	Ingeniero Biomedico	2022-02-01	2022-03-31	Se realiza diligenciamoiento hojas de vida en medio magnetico sin imprimir	ingeniero biomedico	8%	20%	Hojas de vida equipo biomedico por servicio	se encuentra en medio magnetico	Se realiza diligenciamiento hojas de vida en medio magnetico sin imprimir	ingeniero biomedico	12%	35%	guias rapidas	AVANCE SUJETO A TERMINACION DE LA COMPARACION DE LOS DATOS OBTENIDOS CON EL CONTRATISTA EXTERNO Y LOS DATOS QUE RPOSAN EN LA OFICINA	Se realiza diligenciamiento hojas de vida en medio magnetico sin imprimir	ingeniero biomedico	38%	95%	Hoja de vida en medio magnetico	_	Se realiza la totalidad de la hojas de vida de los equipos biomedicos de la entidad	ingeniero biomedico	40%	100%	Hoja de vida en medio magnetico	_

recursos disponibles pueda ofrecer.		vida	funcionales.	V. Verificar que todos los equipos biomédicos cuenten con la hoja de vida y la guía rápida de manejo.	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-02-01	2022-03-31	Se realiza diseño guias rapidas en medio magnetico,	ingeniero biomedico	5%	20%	guias rapidas	se encuentra en medio magnetico	Se realiza diseño guias rapidas en medio magnetico,	ingeniero biomedico	10%	40%	guias rapidas	_	Se realiza diseño guias rapidas en medio magnetico,	ingeniero biomedico	12.5%	50%	Guias rapidas	_	Se realiza la totalidad de las guias rapidas en emcio magnetico	ingeniero biomedico	25%	100%	Guias rapidas	_
				A. Tomar acciones correctivas segúnlas desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-02-01	2022-03-31	_	ingeniero biomedico	0%	0%	_	sin novedad	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	5%	50%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	7.5%	75%		_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	10%	100%	_	_
Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE HRMM, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.	MANTENIMIENTO Y TECNOLOGÍA	% Cumplimiento cronograma equipos biomédicos	Cumplir con el Plan anual de mantenimiento	P Realizar la planeación de los mantenimientos preventivos de equipos	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	Realizacion cronograma de mtto	ingeniero biomedico	25%	100%	Plan de mtto	_	Realizacion cronograma de mtto	ingeniero biomedico	25%	100%	PLAN DE MANTENIMIENTO	_	Realizacion cronograma de mtto	ingeniero biomedico	25%	100%	PLAN DE MANTENIMIENTO	_	Realizacion cronograma de mtto	ingeniero biomedico	25%	100%	PLAN DE MANTENIMIENTO	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre
				H.Realizar los mantenimientos de equipos preventivos según lineamientos establecidos en el cronograma, actualizando hojas de vida.	40%	Plan de Gestión	Fisicos humanos y financieros	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	Realizacion de mttos preventivos, reportes de mtto informe mensual	ingeniero biomedico	10%	25%	Reporte mtto preventivo	_	Realizacion de mttos preventivos, reportes de mtto informe mensual	ingeniero biomedico	25%	50%	PLAN DE MANTENIMIENTO	_	Realizacion de mttos preventivos, reportes de mtto informe mensual	ingeniero biomedico	30%	75%	Plan de mantenimiento	_	Se realiza los mantenimientos preventivos del ultimo trimestre	ingeniero biomedico	40%	100%	Informe de mantenimiento de Octubre,Noviembre y Diciembre	_
				V. Evaluar el cumplimiento del cronogrma preventivo de equipos biomédicos	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	Realizacion informe mensual	ingeniero biomedico	6.25%	25%	informe de mtto mensual	_	Realizacion informe mensual	ingeniero biomedico	12.5%	50%	INFORME MENSUAL	_	Realizacion informe mensual	ingeniero biomedico	18.7%	75%	Informe mensual	_	Se verifica mediante informe mensual (Octubre,Noviembre y Diciembre)	ingeniero biomedico	25%	100%	Informe de mantenimiento de Octubre,Noviembre y Diciembre	_
				A. Tomar acciones correctivas segúnlas desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	_	ingeniero biomedico	0%	0%	_	no hubo neecsadad de realizara mantenimiento correctivos a los equipos biomedicos	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	0%	0%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	5%	50%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	10%	100%	_	_
Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la ESE HRMM, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.	MANTENIMIENTO Y TECNOLOGÍA	% equipos con mantenimiento correctivo	Ejecutar 100% mantenmientos correctivos	P: Estructurar la planeación de los mantenimientos correctivos de equipos, evaluando las fallas comunes	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	listado de repuestas requeridos de la marca draeger para algunos equipos biomedicos según su necesidad	ingeniero biomedico	25%	25%	Actualizacion listado de repuestos según novedades	_	listado de repuestas requeridos de la marca draeger para algunos equipos biomedicos según su necesidad	ingeniero biomedico	12.5%	50%	_	_	listado de repuestas requeridos de la marca draeger para algunos equipos biomedicos según su necesidad	ingeniero biomedico	18.7%	75%	_	se mantiene el mismo avance del segundo trimestre	Se procede a realizar revision de los equipos que lo requerian y se procede a solicitar los repuestos necesarios para realizar la compra y porceder con el mantenimiento correctivo del equipo que requiriera	ingeniero biomedico	25%	100%	Contratos de compra de respuestos Solicitudes de repuestos	_
				H. Diseñar formato de mantenimiento corrrectivo y realizar la socialización a cada una de las áreas.(Levantamiento de informacion):	20%	Plan de Gestión	Fisicos humanos y financieros	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	se realiza formato de mantenimiento correctivo actualizado	ingeniero biomedico	20%	100%	formato de mantenimiento correctivo actualizado	_	se realiza formato de mantenimiento correctivo actualizado	ingeniero biomedico	20%	100%	_	_	se realiza formato de mantenimiento correctivo actualizado	ingeniero biomedico	20%	100%	_	_	Se realiza formato de mantenimiento correctivo actualizado	ingeniero biomedico	20%	100%	Formato de mantenimiento	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Realizar la revisión de equipos según lo solicitado.	20%	Plan de Gestión	Fisicos humanos y financieros	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	cada vez que se requeria se realizaron revisiones a los equipos que lo requerian	ingeniero biomedico	5%	25%	resportes de cambios de respuestoas		cada vez que se requeria se realizaron revisiones a los equipos que lo requerian	ingeniero biomedico	10%	50%	_	_	cada vez que se requeria se realizaron revisiones a los equipos que lo requerian	ingeniero biomedico	15%	75%	_	_	Se revisaron cada uno de los equipos que lo requirieron y se les realizo el mantenimiento correctivo de necesitarlo	ingeniero biomedico	20%	100%	_	_
				V.Verificar solicitudes y reportes de mantenimiento correctivo, gestionando los repuestos necesarios segun falla comunes	25%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2022-01-03	2022-12-30	Se diligenciaron solicitudes de repuestos para mantenimientos correctivos	ingeniero biomedico	6.25%	25%	Se clasifica repuestos por marca	_	Se diligenciaron solicitudes de repuestos para mantenimientos correctivos	ingeniero biomedico	12.5%	50%	SOLICITUD DE REPUESTOS	_	Se diligenciaron solicitudes de repuestos para mantenimientos correctivos	ingeniero biomedico	18.7%	75%	_	No se realizaron solicitudes de respuestos en el tercer trimestre	Se diligenciaron solicitudes de repuestos para mantenimientos correctivos	ingeniero biomedico	25%	100%	Oficios de solicitudes de repuestos	_
				A. Tomar acciones correctivas según las desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Ingeniero Biomedico	2021-01-03	2022-12-30	_	ingeniero biomedico	0%	0%	_		No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	5%	50%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico		50%	_	_	No se presentaron desviaciones, ni acciones correctivas	ingeniero biomedico	10%	50%	_	_
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad- Sistema de Información	Anexo Técnico 2193 reportado	1	Definir la monitorización y reporte del Sistema de Información correspondiente a la vigencia 2021 según las observaciones reportadas por parte de la Secretaria de Salud Departamental	20%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Enero 30 de 2022	Se evaluó el cronograma correspondiente a los reportes del sistema de información teniendo en cuenta 2193 y 256 los cuales se realizan de manera trimestral	Profesional de Calidad	5%	25%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Se evaluó el cronograma correspondiente a los reportes del sistema de información teniendo en cuenta 2193 y 256 los cuales se realizan de manera trimestral	Profesional de Calidad	10%	50%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Se evaluó el cronograma correspondiente a los reportes del sistema de información teniendo en cuenta 2193 y 256 los cuales se realizan de manera trimestral	Profesional de Calidad	15%	75%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	_	Se evaluó el cronograma correspondiente a los reportes del sistema de información teniendo en cuenta 2193 y 256 los cuales se realizan de manera trimestral	Profesional de Calidad	20%	100%	anexo tecnico de produccion y calidad diligenciado y reportado	_
				Realizar el seguimiento a la medición y el reporte del anexo técnico 2193, Resolución 256 y Resolución 408	50%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Durante este período se realizó el cargue correspondinete al cuarto trimestr tanto de la resolución 2193 como la 256 los caules fueron reportados en la plataforma correspondiente y se sustentó ante la Secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	12.5%	25%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Durante este período se realizó el cargue correspondinete al primer trimestre de la vigencia 2022 tanto de la resolución 2193 como la 256 los caules fueron reportados en la plataforma correspondiente y se sustentó ante la Secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	25%	50%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Durante este período se realizó el cargue correspondinete al tercer trimestre de la vigencia 2022 tanto de la resolución 2193 como la 256 los caules fueron reportados en la plataforma correspondiente y se sustentó ante la Secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	37.5%	75%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	_	Durante este período se realizó el cargue correspondinete al cuarto trimestre de la vigencia 2022 tanto de la resolución 2193 como la 256 los caules fueron reportados en la plataforma correspondiente y se sustentó ante la Secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	50%	100%	anexo tecnico de produccion y calidad diligenciado y reportado	_
				Verificar que los indicadores reportados cumplan con la meta establecida según los lineamientos Nacionales	20%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se evidencia reporte de los indicadores de la 2193 y la 256 y se sustentaron ante la secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	5%	25%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Se evidencia reporte de los indicadores de la 2193 y la 256 y se sustentaron ante la secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	10%	50%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	Se evidencia reporte de los indicadores de la 2193 y la 256 y se sustentaron ante la secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	15%	75%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	_	Se evidencia reporte de los indicadores de la 2193 y la 256 y se sustentaron ante la secretaria de salud Departamental	Profesional de Calidad	20%	100%	visto bueno del ente departamental	_
				Tomar Acciones correctivas frente a desviaciones	10%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	2.5%	25%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	5%	50%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	7.5%	75%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	10%	100%	visto bueno del ente departamental	_
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad- Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad	Efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de calidad de la atención en salud (Número de acciones realizadas en el período/Número de acciones programadas en el PAMEC)*100	>90%	Estructurar la implementación del Componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad en Salud PAMEC correspondiente al Ciclo de Mejoramiento 2021	20%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realizó autoevaluación correspondiente a los diferentes grupos de estándares para la definicion del plan de mejoramietno del PAMEC en la vigencia 2022 según lineamientos de la Secretaria de salud departamental	Profesional de Calidad	20%	100%	Ruta crítica Autoevaluación	No Aplica	Se realizó autoevaluación correspondiente a los diferentes grupos de estándares para la definicion del plan de mejoramietno del PAMEC en la vigencia 2022 según lineamientos de la Secretaria de salud departamental	Profesional de Calidad	20%	100%	Ruta crítica Autoevaluación	No Aplica	Se realizó autoevaluación correspondiente a los diferentes grupos de estándares para la definicion del plan de mejoramietno del PAMEC en la vigencia 2022 según lineamientos de la Secretaria de salud departamental	Profesional de Calidad	75%	100%	Ruta crítica Autoevaluación	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre	Se realizó autoevaluación correspondiente a los diferentes grupos de estándares para la definicion del plan de mejoramietno del PAMEC en la vigencia 2022 según lineamientos de la Secretaria de salud departamental	Profesional de Calidad	20%	100%	Ruta crítica Autoevaluación	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre
				Realizar seguimiento a la implementación correspondiente al cuarto trimestre en cada paso de la ruta crítica del PAMEC de la ESE Hospital Regional Magdalena Medio: Autoevaluación, Selección de Procesos, Priorización de Procesos, Definición Calidad Esperada, Medición Inicial de Desempeño, Formulación y seguimiento a Plan de Mejoramiento, Aprendizaje Organizacional	60%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realizó la sustentación del cierre del plan de mejoramiento orrespondiente a la vigencia 2021 ante la secretaria de slaud con un cumplimiento del 100%, asi mismo, se presneto la ruta crítica y el reporte de la circular 012	Profesional de Calidad	15%	25%	Cierre plan de Mejoramietno 2021, ruta c´ritica y circular 012	NoAplica	Se realizó la sustentación del avance del plan de Mejoramiento correspondinete al primer trimestre de la vigencia 2022, en dond e se realizó presentación y avancen de la ruta crítica, asi mismo se realizó sustentación y presentación de los soportes que acreditan el avance de las acciones	Profesional de Calidad	30%	50%	Ruta crítica	No Aplica	Se realizó la sustentación del avance del plan de Mejoramiento correspondinete al tercer trimestre de la vigencia 2022, en dond e se realizó presentación y avance de la ruta crítica, asi mismo se realizó sustentación y presentación de los soportes que acreditan el avance de las acciones	Profesional de Calidad	45%	75%	Ruta crítica	_	Se realizó la sustentación del cierre del plan de mejoramiento orrespondiente a la vigencia 2022 ante la secretaria de slaud con un cumplimiento del 100%,	Profesional de Calidad	60%	100%	anexo tecnico de produccion y calidad diligenciado y reportado	soportes de ejecucion de las 141 acciones de mejora ejecutadas en la vigencia de PAMEC
				Verificar el cumplimiento de los planes de Mejoramiento según la calidad esperada y la meta de calificación del Plan de Gestión	10%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realizó la sustentación del cierre del plan de mejoramiento orrespondiente a la vigencia 2021 ante la secretaria de slaud con un cumplimiento del 100%, asi mismo, se presneto la ruta crítica y el reporte de la circular 013	Profesional de Calidad	2.5%	25%	Cierre plan de Mejoramietno 2021, ruta c´ritica y circular 012	NoAplica	Se realizó monitoreo del avance verificando el cumplimiento de las acciones según los tiempos establecidos el cual se dio visto bueno por parte de la Secretaria de slalud	Profesional de Calidad	5%	50%	Ruta crítica	No Aplica	Se realizó monitoreo del avance verificando el cumplimiento de las acciones según los tiempos establecidos el cual se dio visto bueno por parte de la Secretaria de slalud	Profesional de Calidad	7.5%	75%	Ruta crítica	_	Se realizó la sustentación del cierre del plan de mejoramiento orrespondiente a la vigencia 2022 ante la secretaria de slaud con un cumplimiento del 100%,	Profesional de Calidad	10%	100%	visto bueno del ente departamental	visto bueno del ente departamental
				Tomar Acciones correctivas frente a desviaciones	10%	Plan Estratégico SOGCS	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	2.5%	25%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	5%	50%	Soporte Sistema de Información y visto bueno secretaria de salud departamental	No aplica observaciones	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	7.5%	75%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Profesional de Calidad	10%	100%	visto bueno del ente departamental	formato de monitoreo de indicadores de PAMEC
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad- Sistema Unico de Habilitación	Número de servcios con cumplimiento de estàndares /Total de servicios habilitados en el REPS	90%	Realizar la planeación para la asesoria y acompañamiento en la autoevaluación de la ESE HRMM RES. 3100/19.para el año 2022	25%	Plan estratégico	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Representante de la Direccion, Equipo Directivo, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	1. Enero 18 de 2022 se realiza planecion para Autovaluacion y auditorias internas de la ese HRMM 2. Enero 31 de 2022: Se envia cronograma para autoevaluaicon y auditorias internas de los servicos de HOSPITALIZACION (Adulto-Ginecobstetricia y Neonatal) 3. Realizacion de autoevaluacion mediante auditorias internas de los serivicos de: 7/02/2022: Internación (Hospitalizacion) 8/02/2022:Quirururgicos (Cirugia)	Profesional de Calidad	6.25%	25%	1. Cronograma planeacion de autoevaluacion y auditorias Internas por Servicios vigencia 2022 2. Pantallazo de email enviado a ubgerencia cientifica y lideres de servicios para realizacion de autoevaluacion y auditorias internas. 3. Autoevaluaciones de servicio de Internación, Cuidado Básico neonatal y Cirugia con Registro de firmas personal del aistencial asesorado.	Se evidencia incumplimientos en los estandares de Infraestructura para Hospitaliazación-Sala de partos-Quirofanos-central de esterilización. Y para el estándar de Dotación en Cirugía y Esterilización.	1.Durante los meses de abril, mayo y junio de 2022 se continúa con planecion para Autovaluacion y auditorias internas de la ese HRMM 2. 07 -abril de 2022: Se envia cronograma para autoevaluación y auditorias internas de los servicios de vacunación COVID-Urgencias e Iimagenologia Ionizante (Medical Group) de la ESE HRMM 3. 08 -abril de 2022: Se envia cronograma para autoevaluación y auditorias internas de segundo trimestre de la ESE HRMM 3. Realización de autoevaluacion mediante auditorias internas de los serivicos de: 11/04/2022: vacunación Covid, urgencias, Imagenología Ionizante (RX) 25/05/2022: Consulta Externa,Pai Regular, fisioterapia 15/06/2022: Auditoria seguimiento Urgencias 23/06/2022: Farmacia, laboratorio, transfusion, toma de muestras, TAM	Profesional de Calidad	17.5%	70%	1. Cronograma planeacion de autoevaluacion y auditorias Internas I semestre de la ESE HRMM por Servicios vigencia 2022 2. Pantallazo de email enviado a subgerencia cientifica y lideres de servicios para realizacion de autoevaluacion y auditorias internas. 3. Pantallazo de email envío cronograma I semestre auditorias internas. 4. Excel con auditorias internas de los serivicos de: 11/04/2022: vacunación Covid, urgencias, Imagenología Ionizante (RX) 25/05/2022: Consulta Externa,Pai Regular, fisioterapia 15/06/2022: Auditoria seguimiento 23/06/2022: Farmacia, laboratorio, transfusion, toma de muestras, TAM	Se evidencia incumplimientos en los estandares de Infraestructura para servicios de Urgencias. Red de frio vacunación, fisioterapia e Imagenología Ionizante. El segundo semestre se realizará auditorias de seguimiento para mitigación de incumplimientos de la ESE HRMM. Se reprograma auditoria de SIAU para segundo semestre debido a reubicación pendiente.	1.Durante los meses de abril, mayo y junio de 2022 se continúa con planecion para Autovaluacion y auditorias internas de la ese HRMM 2. 07 -abril de 2022: Se envia cronograma para autoevaluación y auditorias internas de los servicios de vacunación COVID-Urgencias e Iimagenologia Ionizante (Medical Group) de la ESE HRMM 3. 08 -abril de 2022: Se envia cronograma para autoevaluación y auditorias internas de segundo trimestre de la ESE HRMM 3. Realización de autoevaluacion mediante auditorias internas de los serivicos de: 11/04/2022: vacunación Covid, urgencias, Imagenología Ionizante (RX) 25/05/2022: Consulta Externa,Pai Regular, fisioterapia 15/06/2022: Auditoria seguimiento Urgencias 23/06/2022: Farmacia, laboratorio, transfusion, toma de muestras, TAM	Profesional de Calidad	17.5%	70%	1. Cronograma planeacion de autoevaluacion y auditorias Internas I semestre de la ESE HRMM por Servicios vigencia 2022 2. Pantallazo de email enviado a subgerencia cientifica y lideres de servicios para realizacion de autoevaluacion y auditorias internas. 3. Pantallazo de email envío cronograma I semestre auditorias internas. 4. Excel con auditorias internas de los serivicos de: 11/04/2022: vacunación Covid, urgencias, Imagenología Ionizante (RX) 25/05/2022: Consulta Externa,Pai Regular, fisioterapia	No hay avance en este trsimestre	Durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2022 se continúa con procesos de Autovaluacion para cumplimiento de normatividad Res. 3100/19 así: 1. 04-10-2022: Se descarga de la plataforma REPS el distintivo de la TAB habilitada para la ESE HRMM. Ver carpeta 1 2. del 1 al 28 de 11-2022: Se realiza proceso final y tramite para resolución de licencia de RX imagenología Ionizante expedida por la SSD. ver carpeta 2 3. 23-11-2022 Se actualiza modelo de atención según servicios y modelo red de la ESE HRMM. Ver carpeta 3 4. 22-12-2022: Se realiza autoevaluación FINAL de la ESE HRMM. Ver carpeta 4	Profesional de Calidad	90%	100%	1. 04-10-2022: Distintivo: DHSS0482840 TAB. Ver carpeta 1 2. 28-11-2022: Licencia de RX Imagenología Ionizante. Ver carpeta 2 3. 23-11-2022: Actualización modelo de atención e la ESE HRMM. Ver carpeta 3 4. 22-11-2022: Excel con autoevaluación FINAL de la ESE HRMM. Ver carpeta 4.	Hasta el 23-12-2023, se realizaron actividades relacionadas con subsanar hallazgos de estandares de servicios de la ESE HRMM, necesarias para la operatividad asistencial y cumplimiento según normatividad vigente Res. 3100 de 2019. El estándar 2 relacionado con infraestructura presenta varios NO CUMPLE: No se tiene el concepto sanitario n el reforzamiento estructural y rethie de la ESE, en: (Quirurgicos-Transfer, urgencias-areas de observacion y monitoreo-area de transicion, central de esterilización y todo el de internación debido a no cuneta con el espacio por cama en cada habitación de adulots, pediatricas y neonatal lo cual se debe ajustar a la normatividad reduciendo considerablemente la capacidad instalada de camas de la ESE HRMM la cual es de 73 camas) Lo anterior entre los principales) los cuales se encuentran relacionados en la AUTOEVALUACION final. El estámdar 5 relacionado con procesos prioritrios NO CUMPLE (con el proceso de la central de esterilización y con el manual de medicamentos y dispoitivos médicos que no se ha podido actualizar por el proceso de
				Realizar autoevaluación en el REPS según la resolución RES 3100/19 para el año 2022 de lla ESE Hospital Regional	25%	Plan estratégico	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Subgerencia cientifica, auditor mèdico, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realiza autoevaluacion de los servicios prestados con los horarios actuales de atención y capacidad instalada como prerequisito par realizacion de autoevaluacion en el REPS MINSALUD	Profesional de Calidad	6.25%	25%	1. Excel con servicios, horarios y capacidad instalada Acttual para registrar en el REPS	El 14 de marzo de 2022 se habilita un nuevo servicio del grupo quirurgico 215-Cirugia Urológica	16-06-2022: Se realiza la declaración de autoevaluacion de la ESE HRMM en plataforma REPS definitivo (vigencia 31 de agosto de 2022 hatsa 31 de agosto de 2023)	Profesional de Calidad	25%	100%	1. Actualizacion portafolio de servicios 2. Declaración de autoevaluación 3. Informe de declaclaraciones 4. Autoevaluacion en excel	Cumplimiento total de la acción.	16-06-2022: Se realiza la declaración de autoevaluacion de la ESE HRMM en plataforma REPS definitivo (vigencia 31 de agosto de 2022 hatsa 31 de agosto de 2023)	Profesional de Calidad	25%	100%	1. Actualizacion portafolio de servicios 2. Declaración de autoevaluación 3. Informe de declaclaraciones 4. Autoevaluacion en excel	Cumplimiento total de la acción en el segundo trimestre	N/A	Profesional de Calidad	90%	100%	N/A	Cumplimiento total de la acción.
				Realizar la revisión documental de protocolos de bioseguridad, limpieza yde sinfeccion de areas y superficies, orden y aseo, relacionados con los servicos de salud ofertados y evaluar mediante auditorias internas el estado para definir plan de trabajo para su implementacion.	25%	Plan estratégico	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Subgerencia cientifica, auditor mèdico, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realiza actualizacion documental de protocolo de Bioseguridad y de limpieza y desinfeccion de areas y superficies para su socializacion e implementacion en los servicios y posteeriormente evaluar mediante auditorias internas su adherencia.	Profesional de Calidad	6.25%	25%	1. GIA-MN003 Manual de Bioseguridad de la ESE HRMM 2. HOS-MN002 Manual de limpieza y desinfeccion	El protocolo SST-PR001 de Bioseguridad por Covid-19 se encuentra en proceso de actualización en espera de normatividad actualizada posterior a periodo de pandemia que va hasta el 30 de abril de 2022.	Se realiza presentación PP de Manual de limpieza y desinfección para ser socializada por los cordinadores de servicios y jefes. Se realizan pre test y post test para aplicar a TH de los servicios. Se realiza check list para verificar adherencia en los servicios Se realiza cronograma para auditorias de bioseguridad (EPP-lavado de manos) Manual de limoieza y desinfeccion de áreas superficies	Profesional de Calidad	15%	60%	1. Presentación PP para socialización de Manual de limpieza y desinfección 2.GCA-OT046 y GCA OT 038 pre test y post test para aplicar a TH de los servicios. 3. GCA-OT026 Check list para verificar adherencia manual de bioseguriad en los servicios 4. cronograma para auditorias de adherencia a servicio de Urgencias	Por terminación de pandemia a 30 de junio de 2022. No se tiene actualizado protocolo de bioseguridad para Covid-19. MINSALUD aín no ha sacado linemaientos relacinados con la finaliación de pandemia.	1. Se realizó Socialización de HOS MN 002 Manual de limpieza y desinfección y GIA MN 003Manual de Bioseguridad con lideres de servicios 2.No se ha aplicado GCA-OT046 y GCA OT 038 pre test y post test para aplicar a TH de los servicios. 3. No se ha realziado GCA-OT026 Check list para verificar adherencia manual de bioseguriad en los servicios 4. 17-08-2022: Se verifica adherencia al cronograma de limpieza y desinfección al servicio de Urgencias	Profesional de Calidad	18.7%	75%	1. agosto 2-3 y 4 de 2022: Registro de firmas de socialización de Manual de limpieza y desinfección con lideres de serivicios 2. Formato de adherencia al Cronograma de limpieza y desinfección al servicio de Urgencias mes de Agosto y septiembre de 2022.	Para el IV trimestre se realizará: 1. GCA-OT046 y GCA OT 038 pre test y post test para aplicar a TH de los servicios. 2. GCA-OT026 Check list para verificar adherencia manual de bioseguriad en los servicios	1.Se aplica GCA-OT046 y GCA OT 038 pre test y post test para al TH de los servicios de URGENCIA, INTERNACION, ATENCION DEL PARTO Y CIRUGIA 3. Se realiza GCA-OT026 Check list para verificar adherencia manual de bioseguriad en los servicios de URGENCIA, INTERNACION, ATENCION DEL PARTO Y CIRUGIA 4.Se realiza informe de adherencia de Bioseguridad de los servicios URGENCIA, INTERNACION, ATENCION DEL PARTO Y CIRUGIA	Profesional de Calidad	90%	100%	Se realizaron las siguientes actividades durante los mese de ostubre, noviembre hasta 22 de noviembre de 2022: 1. La Aplicación de GCA-OT046 y GCA OT035 pre test y post test a TH de los servicios no se realizó ya que el personal cuenta con varias capacitaciones realizadas por Gestión ambiental, por consiguient se procedió a verificar adherneica en formato HOS FR024 . Ver carpeta 1 2. Aplicación de GCA-OT026 Check list para verificar adherencia manual de bioseguriad en los servicios. Ver carpeta 2 3. Se entregan manuales, cronogramas y checklist a ideres	Hasta 23-12-2022 se dejan las evidencias de las actividades realizadas. No se aplicaron los test GCA-OT046 y GCA OT 035 pre test ya que el personal cue nta con las capacitaciones necesarias, se realizó la medicion de adherencia de limpieza y desinfección formatos HOS FR024

				Tomar Acciones correctivas frente a desviaciones	25%	Plan estratégico	Humanos: Equipo Calidad, Lideres de Procesos. Fisicos: Equipo Software y Hardware, Video Bind, Material educactivo, Papeleria y material de oficina. Economicos: Salarios y Honorarios	Subgerencia cientifica, auditor médico, Equipo Calidad, lideres de procesos	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realiza plan de mejoramiento para el estándar de infraestructura del servicio de cirugía	Profesional de Calidad	6.25%	25%	Fotos de arreglos realizados a paredes, pisos y puertas de quirófanos	Para el estándar de infraesructura de la central de esterilizacion debe construirse una nueva que cumpla con todos los linemaientos, igualmente para el área de tranasfer de cirugía.	Se realizan 6 planes de mejoramiento 1. PM TALENTO HUMANO 2. PM INFRAESTRUCTURA URGENCIAS 3. PM MEDICAMENTOS-DISPOSITIVOS 4. PM IMAGENOLOGIA 5. PM LABORATORIO-TRANSFUSION 6. PM TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA	Profesional de Calidad	15%	60%	Se anexan 6 planes de mejoramiento con sus evidencias de ejecución. El plan de mejoramiento de Imagenología y de Laboratoiro se tiene el 100% por lo tanto se cierran. SeAnexan Fotos de arreglos realizados a baños, paredes, mesones del servicio de urgencias y de central de esterilización. 15-06-2022_ Informe auditoria seguimiento Urgencias.	Para el estándar de infraesructura del serviciol de esterilizacion, se debe construir una nueva, siembargo la ESE HRMM ha mitigado hallazgos de ambiente de material estéril, ambiente limpio y area de empaque. En el servicio de urgencias no hay salas para observación (Se tienen habitaciones para mujeres-adultos y pediatria y un ambiente de transicion que no cuenta con baños) no hay sistema de alarma y timbre de llamado. .	Se realiza seguimiento a 4 planes de mejoramiento pendientes 1. PM TALENTO HUMANO 2. PM INFRAESTRUCTURA URGENCIAS 3. PM MEDICAMENTOS-DISPOSITIVOS 4. PM TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA	Profesional de Calidad	18.7%	75%	Se anexa seguimiento a 4 planes de mejoramiento con sus evidencias de ejecución. Se tiene cierre de PM TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA **Pendientes por cerrar:** 1. PM TALENTO HUMANO 2. PM INFRAESTRUCTURA URGENCIAS 3. PM MEDICAMENTOS-DISPOSITIVOS	Para el 30-09-2022 No hay avances Para: el estándar de infraesructura del servicio de esterilizacion, se debe construir una nueva, siembargo la ESE HRMM ha mitigado hallazgos de ambiente de material estéril, ambiente limpio y area de empaque. En el servicio de urgencias no hay salas para observación (Se tienen habitaciones para mujeres-adultos y pediatria y un ambiente de transicion que no cuenta con baños) no hay sistema de alarma y timbre de llamado. .	Se realiza seguimiento a 4 planes de mejoramiento pendientes 1. PM TALENTO HUMANO 2. PM INFRAESTRUCTURA URGENCIAS 3. PM MEDICAMENTOS-DISPOSITIVOS 4. PM TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA	Profesional de Calidad	90%	100%	Se anexa seguimiento a 4 planes de mejoramiento con sus evidencias de ejecución. Se tiene cierre de PM TOMA DE MUESTRAS CITOLOGIA **Pendientes por cerrar:** 1. PM TALENTO HUMANO (Instrumentadora Central de esterilización, auxiliares o regetes para farmacia de cirugia) 2. PM INFRAESTRUCTURA URGENCIAS 3. PM SANITAS 97% pendiente por cerrrar Seguridad del paciente (jefe Kulieth herazo)	Para el 23-12-2022 Hay avances Para: el estándar de infraesructura del servicio Hospitalización (Construcción de habitaciones VIP y mejoramiento de baterias sanitarias de Consulta Externa y Urgencias) para la central de esterilizacion, se debe construir una nueva, siembargo la ESE HRMM ha subsanado hallazgos en ambiente limpio y area de empaque. En el servicio de urgencias no hay salas para observación (Se tienen habitaciones para mujeres-adultos y pediatria y un ambiente de transicion que no cuenta con baños) no hay sistema de alarma y timbre de llamado. .
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	(No.auditorias realizadas/No. auditorias programadas)*100	Cumplir con los reportes del plan anticorrupción y atención al ciudadano.	**P**: Programar en el Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno la elaboración de los 3 seguimientos del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la formulacion y seguimiento de los seguimientos del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la formulacion y seguimiento de los seguimientos del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la formulacion y seguimiento de los seguimientos del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Se cumplio esta meta al 100% en el primer trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la formulacion y seguimiento de los seguimientos del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Se cumplio esta meta al 100% en el primer trimestre
				H: Elaborar informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano con corte cuatrimestra	40%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion de este avance, no se habia realizado el primer avance cuatrimestral de la vigencia 2022, cuyo corte es el dia 30 de abril.	Elaboracion del primer seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022 con corte al 30 de Abril.	Oficina Asesora de Control Interno	12.2%	33%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril..	–	Elaboracion del seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022 con corte al 31 de Agosto.	Oficina Asesora de Control Interno	26.4%	66%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril..	Este seguimiento se realiza de manera cuatrimestral	Elaboracion del seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022 con corte al 31 de Diciembre.	Oficina Asesora de Control Interno	40%	100%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 31 de Diciembre.	Este seguimiento se realiza de manera cuatrimestral
				V: Verificar el Cumplimiento de las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021	30%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion de este avance, no se habia realizado el primer avance cuatrimestral de la vigencia 2022, cuyo corte es el dia 30 de abril.	Revision del primer seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril. Se verificó la Publicación del Documento en la pagina web institucional del documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril	Oficina Asesora de Control Interno	9.9%	33%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril..	–	Se verificó la Publicación del Documento en la pagina web institucional del documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 31 de Agosto; asi mismo se realizo seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Oficina Asesora de Control Interno	19.8%	66%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 30 de Abril..	–	Se verificó la Publicación del Documento en la pagina web institucional del documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 31 de Diciembre; asi mismo se realizo seguimiento a las acciones planteadas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Oficina Asesora de Control Interno	30%	100%	Documento de seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2022, con corte al 31 de Diciembre.	–
				A: Realizar seguimiento a las desviaciones o incumplimientos de las acciones que se plantearon en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2021 e Informar a Gerencia y/o a Control Interno Disciplinario, de ser necesario	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion de este avance, no se habia realizado el primer avance cuatrimestral de la vigencia 2022, cuyo corte es el dia 30 de abril.	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	–	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	50%	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	Rendición de Cuentas realizada	Cumplir anualmente con la estrategia de rendición de cuentas de acuerdo con la metodología establecida por la función pública.	**P**: Planear la evaluación de la rendición de cuentas en el Plan Anual de Auditorias de Control Interno	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion de la rendicion de cuentas correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion de la rendicion de cuentas correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion de la rendicion de cuentas correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Esa activida quedo al 100% en el primer trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion de la rendicion de cuentas correspondientes a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Esa actividad quedo al 100% en el primer trimestre
				H: Realizar informde de evaluación de la rendición de cuentas	50%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha aun no ha sido determinada.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha pactada es el 13 de Julio del presente año.	El dia 13 de julio de 2022 se realizo audiencia de rendicion de cuentas de la vigencia 2021 de conformidad al artículo 33 de la Ley 489 de 1998 y el CONPES 3654 de 2010. Asi mismo se procedio a realizar el informe y certificacion de rendicion de cuentas	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe de rendiocion de cuentas y certificacion	–	El dia 13 de julio de 2022 se realizo audiencia de rendicion de cuentas de la vigencia 2021 de conformidad al artículo 33 de la Ley 489 de 1998 y el CONPES 3654 de 2010. Asi mismo se procedio a realizar el informe y certificacion de rendicion de cuentas	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe de rendiocion de cuentas y certificacion	Meta cumplida en el tercer trimestre
				V: Verificar el cumplimiento de las actividades desarrolladas en la Rendición de cuentas	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha aun no ha sido determinada.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha pactada es el 13 de Julio del presente año.	Se realizo la respectiva verificacion y cumplimiento de la normatividad que rige la rendicion de cuentas	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe de rendiocion de cuentas y certificacion	–	Se realizo la respectiva verificacion y cumplimiento de la normatividad que rige la rendicion de cuentas	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe de rendiocion de cuentas y certificacion	Meta cumplida en el tercerr trimestre
				Tomar las decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha aun no ha sido determinada.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia realizado la rendicion de cuentas de la vigencia 2021, La fecha pactada es el 13 de Julio del presente año.	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	–	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	–	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	Informe Ejecutivo Anual	Presentar informe ejecutivo anual de control interno	**P**: Planear el informe ejecutivo anual de control interno y plasmarlo en el plan anual de auditorias de control interno	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-02-28	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Meta cumplida en el primer trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la realizacion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Meta cumplida en el primer trimestre
				H: Realizar informe ejecutivo anual de control interno	50%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-02-28	Elaboracion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	–	Elaboracion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	–	Elaboracion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre	Elaboracion del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre
				V: Verificar la correcta elaboracion del informe y corroborar la informacion alli expuesta.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-02-28	Revisión del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	–	Revisión del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	–	Revisión del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre	Revisión del Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Informe Ejecutivo anual de Control Interno correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre
				A: Tomar las decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-02-28	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	–	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	–	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	Cumplimiento Plan de Auditoria	Ejecución total del plan de auditoria de control interno	**P**: Planear el plan anual de auditoria de control interno, presentarlo y socializarlo a la alta gerencia.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2021-01-01	2022-12-31	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la ejecucion del plan de auditorias por parte de la oficina de Control Interno a la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la ejecucion del plan de auditorias por parte de la oficina de Control Interno a la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la ejecucion del plan de auditorias por parte de la oficina de Control Interno a la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Actividad ejecutada en el primes trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la ejecucion del plan de auditorias por parte de la oficina de Control Interno a la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Actividad ejecutada en el primes trimestre
				H: Realizar cada uno de las auditorias propuestas en el plan de auditoria de control interno en las fechas acordadas.	50%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del segundo trimestre de la vigencia 2022.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del tercer trimestre de la vigencia 2022.	Se realizo auditoria al area de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Oficina Asesora de Control Interno	10%	20%	Informe de auditoria	–	Se realizo auditoria al area a diferente areas de la ESE HRMM: Juridica, Subgerencia Cientifica, Farmacia, Sistemas, Subgerencia Administrativa, Archivo	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Informes de auditorias	–
				V: Verificar el debido cumplimiento del plan de auditoria de control interno	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del segundo trimestre de la vigencia 2022.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del tercer trimestre de la vigencia 2022.	Se estan empezando a realizar las auditorias internas a las diferentes areas de la ESE HRMM	Oficina Asesora de Control Interno	4%	20%	–	–	Se realizo seguimiento al plan de mejoramiento suscrito por cada area que lo suscribio	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan de mejoramiento	–
				A: realizar el debido plan de mejoramiento con las areas que presenten resultados adversos en el proceso de auditoria	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del segundo trimestre de la vigencia 2022.	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de auditorias internas, las cuales estan contempladas a partir del tercer trimestre de la vigencia 2022.	No se realizo plan de mejoramiento debido a que no se encontraron hallazgos que subsanar	Oficina Asesora de Control Interno	1%	20%	–	–	Las area con hallazgos y/o observaciones susribieron plan demejoramiento para subsanar los hechos de los hallazgos	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	Plan de mejoramiento	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	% cumplimiento al Mapa de Riesgos de la ESE	Seguimiento a Mapas de Riesgos Institucionales	**P**: Planear en el plan anual de auditoria de control interno, los seguimientos a los mapas de riesgos institucionales y su periocidad.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la elaboracion del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano y el seguimiento al mismo y demas mapas de riesgo de la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	0%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2021. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la elaboracion del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano y el seguimiento al mismo y demas mapas de riesgo de la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2021. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la elaboracion del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano y el seguimiento al mismo y demas mapas de riesgo de la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2021. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022.	Actividad ejecutada en el primes trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la elaboracion del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano y el seguimiento al mismo y demas mapas de riesgo de la ESE correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2021. Plan Anticorrupcion y atencion al ciudadano vigencia 2022.	Actividad ejecutada en el primes trimestre
				H: Realizar seguimiento a los mapas de riesgo implementados en la insitucion	50%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de seguimiento a los mapas de riesgo institucionales, los cuales estan contemplados por ley efectuarlos con corte al 30 de abril de la presente vigencia.	Elaboracion del primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022. con corte al 30 de Abril.	Oficina Asesora de Control Interno	17%	33.33%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022. con corte al 30 de Abril.	–	Elaboracion del primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022. con corte al 30 de Abril.	Oficina Asesora de Control Interno	17%	33.33%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.		Se realizo el respectivo segumiento al Mapa de Riesgos de la ESE HRMM	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.	–
				V: Verificar el cumplimiento a politicas de administracion de riesgo.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de seguimiento a los mapas de riesgo institucionales, los cuales estan contemplados por ley efectuarlos con corte al 30 de abril de la presente vigencia.	Revision del primer seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022. con corte al 30 de Abril.	Oficina Asesora de Control Interno	7%	33.33%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022. con corte al 30 de Abril.	–	Revision del seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	7%	33.33%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.	–	Revision del seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Documento de seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional de la Vigencia 2022.	–
				A: Tomar las decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-12-31	–	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	–	Al momento de la presentacion del presente avance, no se habia dado inicio al proceso de seguimiento a los mapas de riesgo institucionales, los cuales estan contemplados por ley efectuarlos con corte al 30 de abril de la presente vigencia.	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	–	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	% CUmplimiento Al plan de auditoria de evaluación de control interno contable	Realizar la Evaluacion de control interno contable	**P**: Planear en el plan anual de auditoria de control interno, el informe anual de evaluacion de control interno contable, teniendo en cuenta la fecha de presentacion.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Contador - Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-02-28	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la Evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la Evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	–	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la Evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Meta cumplida en el primer trimestre	Se elaboró Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno, donde se contempla la Evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2022.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias de la Oficina de Control Interno viencia 2022.	Meta cumplida en el primer trimestre
				H: Realizar la evaluacion anual al sistema de control interno contable.	50%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Contador - Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-02-28	Se presentó la Evaluacion de control interno contable a la Contaduria General d ela Nacion correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	–	Se presentó la Evaluacion de control interno contable a la Contaduria General d ela Nacion correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	–	Se presentó la Evaluacion de control interno contable a la Contaduria General d ela Nacion correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre	Se presentó la Evaluacion de control interno contable a la Contaduria General d ela Nacion correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre
				V: Verificar la correcta elaboracion del informe y corroborar la informacion alli expuesta.	20%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Contador - Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-02-28	La evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2021, fue elaborado y revisado por la Oficina de Control Interno.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	–	Verificacion de los resultados de evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	–	Verificacion de los resultados de evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre	Verificacion de los resultados de evaluacion de control interno contable correspondiente a la vigencia 2021.	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Evaluación de Control Interno Contable correspondiente a la vigencia 2021.	Meta cumplida en el primer trimestre
				A: Tomar las decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos	10%	Plan de Gestiòn	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Contador - Oficina Asesora de Control Interno	2022-01-01	2022-02-28	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	No Aplica	–

Seguimiento farmacoterapéutico orientado a la verificación de pertinencia médica desde la atención farmacéutica	Seguridad del paciente	Total de fórmulas con observaciones analizadas / Total de fórmulas con observaciones x 100	≥90%	**I P**: 1. Citación a capacitaciones al personal de salud implicado periódicamente; 2. selección de fórmulas médicas a auditar; 3. citación de comités para análisis de eventos adversos en caso de ocurrir.	20%	PAMEC	Humano	Químico Farmacéutico	2022-01-01	31/03/2021	Citación y ejecución de capacitación: Buenas Prácticas de Dispensación. Promoviendo así los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia Institucional	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	5%	25%	Acta de reunión; soporte de asistencia; evaluación de conocimiento	-	Citación y ejecución de capacitación: Gestión para el manejo de Medicamentos LASA y Medicamentos Alto Riesgo. Promoviendo así los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia Institucional	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	10%	50%	Acta de reunión; soporte de asistencia; evaluación de conocimiento	_	Citación y ejecución de capacitación: Gestión del Servicio Farmacéutico y Nutrición Parenteral Total. Promoviendo así los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia Institucional	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	15%	75%	Acta de reunión; soporte de asistencia; evaluación de conocimiento	-	Citación y ejecución de capacitación: Identificación de Errores de Dispensación. Promoviendo así los lineamientos del Programa de Farmacovigilancia Institucional	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	20%	100%	Acta de reunión; soporte de asistencia; evaluación de conocimiento	-
		Total de capacitaciones ejecutadas / Total de capacitaciones programadas x100		**I H**: 1. Ejecución de las capacitaciones; 2. Auditoría de fórmulas médicas seleccionadas, así como identificación de diferentes hallazgos u observaciones que puedan resultar inconsistentes; 3. Uso del algoritmo de Naranjo para análisis de causalidad en los eventos adversos asociados a medicamentos cuando sea pertinente, así como el respectivo plan de mejora y cargue en plataformas relacionadas de programas nacionales (SIVIGILA, VIGIFLOW, SIVICOS, etc).	40%	PAMEC	Humano	Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería	2022-01-01	31/03/2021	Análisis de fórmulas médicas para detección de posibles Errores de Prescripción, Interacciones farmacológicas o interacciones negativas con antecedentes patológicos del paciente	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Médico (Luis Ospino)	10%	25%	Formato URG-FR-012	-	Análisis de fórmulas médicas para detección de posibles Errores de Prescripción, Interacciones farmacológicas o interacciones negativas con antecedentes patológicos del paciente	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Médico (Luis Ospino)	20%	50%	Formato URG-FR-012	_	Seguimiento farmacoterapéutico sobre fórmulas médicas para detección de posibles Errores de Prescripción, Interacciones farmacológicas o interacciones negativas con antecedentes patológicos del paciente	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Médico (Luis Ospino)	30%	75%	Formato URG-FR-012	-	Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes del servicio de Urgencias y Medicina Interna, realizado sobre órdenes médicas y evolución médica y de enfermería para detección de posibles Errores de Prescripción, Interacciones farmacológicas o interacciones negativas con antecedentes patológicos del paciente	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Médico (Luis Ospino)	40%	100%	Formato URG-FR-012 de seguimiento farmacoterapeutico	-
		Total de eventos adversos analizados / Total de eventos adversos reportados x100		**I V:** 1. Evaluación de conocimiento; 2. Revisión con profesional de Medicina y/o enfermería cuando sea pertinente, dependiendo de los hallazgos encontrados en la auditoría; 3. Comprobar la frecuencia de diferentes Eventos Adversos relacionados a Medicamentos luego de plan de mejora.	20%	PAMEC	Humano	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	2022-01-01	31/03/2021	Citación y ejecución de Comité de Farmacia y Terapéutica para revisar los diferentes hallazgos realizados por líder de farmacovigilancia institucional frente a las prescripciones realizadas.	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	5%	25%	Acta de comité	-	Citación y ejecución de Comité de Farmaco-tecno-reactivovigilancia para revisar los diferentes hallazgos realizados por líder de farmacovigilancia institucional frente a las prescripciones realizadas.	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Ing. Biomédico (Carlos Martínez); Líder Laboratorio Clínico (Lizzeth Tatiana Rueda)	10%	50%	Acta de comité	_	Citación y ejecución de Comité de Farmaco-tecno-reactivovigilancia para revisar los diferentes hallazgos realizados por líder de farmacovigilancia institucional frente a las prescripciones realizadas.	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Ing. Biomédico (Carlos Martínez); Líder Laboratorio Clínico (Lizzeth Tatiana Rueda)	15%	75%	Acta de comité de Farmaco-Tecno y reactivovigilancia N°8-2022	-	Citación y ejecución de Comité de Farmaco-tecno-reactivovigilancia para revisar los diferentes hallazgos realizados por líder de farmacovigilancia institucional frente a las prescripciones realizadas.	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño); Ing. Biomédico (Carlos Martínez); Líder Laboratorio Clínico (Lizzeth Tatiana Rueda)	20%	100%	Acta de comité de Farmaco-Tecno y reactivovigilancia N°11-2022	-
				I A: Dependiendo de las desviaciones encontradas, establecer los respectivos planes de mejora.	20%	PAMEC	Humano	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	2022-01-01	31/03/2021	Cargue de análisis de eventos adversos en Vigiflow	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	5%	25%	Soporte de cargue de eventos adversos	-	Cargue de análisis de eventos adversos en Vigiflow	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	10%	50%	Soporte de cargue de eventos adversos	_	Cargue de análisis de eventos adversos en Vigiflow	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	15%	75%	Soporte de cargue de eventos adversos	-	Cargue de análisis de eventos adversos en Vigiflow	Químico Farmacéutico (Andrés Castaño)	20%	100%	Soporte de cargue de eventos adversos	-
Reestablecer la solidez economica y financiera de la ESE implementando acciones de fortalecimiento en la reorganización administrativa y unidades funcionales que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población y su area de influencia.	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF)	# acciobes realizadas /Total de acciones programadas	100%	**Planear**: Realizar la planeación para la socialización de las medidas a implementar en el PSFF a la Junta Directiva y personal de la institución	30%	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Plan de Gestion del Gerente	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-01-01	2022-02-28	el dia 25 de enero de 2022 se llevo a cabo la socialización para la implementación del PSFF de la ESE con los responsables del desarrollo de las acciones	Magaly Mantilla/ unidad financeira	30%	100%	Documento soporte con acta de socialización planilla y foto	_	el dia 25 de enero de 2022 se llevo a cabo la socialización para la implementación del PSFF de la ESE con los responsables del desarrollo de las acciones	Magaly Mantilla/ unidad financeira	30%	100%	Documento soporte con acta de socialización planilla y foto	_	el dia 25 de enero de 2022 se llevo a cabo la socialización para la implementación del PSFF de la ESE con los responsables del desarrollo de las acciones	Magaly Mantilla/ unidad financeira	30%	100%	Documento soporte con acta de socialización planilla y foto	Actividad cumplida en el primer trimestre	el dia 25 de enero de 2022 se llevo a cabo la socialización para la implementación del PSFF de la ESE con los responsables del desarrollo de las acciones	Magaly Mantilla/ unidad financeira	30%	100%	Documento soporte con acta de socialización planilla y foto	Actividad cumplida en el primer trimestre
				Hacer: Ejecutar el cronograma en los plazos acordado con la Junta Directiva- Desarollar las capacitaciones con el personal adminisrtativo y asistencial en cuanto a las medidas del programa- Implementar las medidas estrategicas del programas (aumentar el portafolio de servicos, aumentar el recaudo, disminuir el costos de operacion, racionalizar el gasto entre otras)	50%	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Plan de Gestion del Gerente	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-01-01	2022-12-31	_	Magaly Mantilla/ unidad financeira	0%	0%	_	_	El dia 17 de junio de 2022 se presenta ante Departamento el avance en la implementación del Programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE ante MinHacienda.	Magaly Mantilla/ unidad financeira	12.5%	25%	Informe del avence en la implementación de la ejecución del PSFF	En las evidencias se deja constancia que el informe contiene 19 anexos registros magnetico	Se presenta ante Departamento el avance en la implementación del Programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE ante MinHacienda - 02 de septiembre de 2022	Magaly Mantilla/ unidad financeira	25%	50%	Informe del avance en la implementación de la ejecución del PSFF	Se presenta informe de avence del PSSF ante Secretaria de Salud Departamental fecha 2 de Septiembre de 2022	Se presenta ante Departamento el avance en la implementación del Programa de saneamiento fiscal y financiero de la ESE ante MinHacienda - 18 de noviembre de 2022	Magaly Mantilla/ unidad financeira	50%	50%	Informe del avance en la implementación de la ejecución del PSFF	Se presenta informe de avence del PSSF ante Secretaria de Salud Departamental fecha 18 de noviembre de 2022
				Verificar :Monitorear la ajeción de las medidas del Programa	20%	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Plan de Gestion del Gerente	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-03-01	2022-12-31	_	Magaly Mantilla/ unidad financeira	0%	0%	_	_	_	Magaly Mantilla/ unidad financeira	_	_	_	_	Se presenta seguimiento al programa	Magaly Mantilla/ unidad financeira	5%	25%	Informe de fecha 30 de septiembre del monitoreo del PSFF ante la junta directiva de la ESE	Presentación power point del monitoreo	Se presenta seguimiento al programa	Magaly Mantilla/ unidad financeira	20%	25%	Informe de fecha 18 de noviembre de 2022 del monitoreo del PSFF ante la junta directiva de la ESE	Informe de implementación y ejecución al PSFF
				Actuar: tomar acciones frente a las desviaciones encontradas	10%	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero Plan de Gestion del Gerente	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-07-01	2022-12-31	_	Magaly Mantilla/ unidad financeira	0%	0%	_	_	_	Magaly Mantilla/ unidad financeira	_	_	_	_	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Magaly Mantilla/ unidad financeira	5%	50%	_	_	Al seguimiento realizado el dia 26 de noviembre de 2022 se evidencia que el indicador de financiacion y pago de pasivo presenta baja ejecución por lo que es informado a la Junta Directiva	Magaly Mantilla/ unidad financeira	10%	50%	Socialización ante la Junta Directiva de la ESE del monitoreo al PSFF	Presentación seguimiento a la Junta Directiva
Determinar los costos generados de la operación en la venta de servicios de salud	Plan de desarrollo	implementacion del softaware	100%	**Planear**: Realizar la planeación para la adquisición y puesta en funcionamiento del programa de costos	30%	Plan de Desarrollo	20,000,000	Gerente-Financiera	2022-01-01	2022-02-28	En el primer trimestre de 2022 se realiza la gestión para la evaluación de software para el area de costos, asi mismo se deja evidencia de la gestion de costos hospitalarios.	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	30%	100%	Documento soporte informe de gestión dela rea de costos	_	En el primer trimestre de 2022 se realiza la gestión para la evaluación de software para el area de costos, asi mismo se deja evidencia de la gestion de costos hospitalarios.	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	30%	100%	Documento soporte informe de gestión dela rea de costos	_	En el primer trimestre de 2022 se realiza la gestión para la evaluación de software para el area de costos, asi mismo se deja evidencia de la gestion de costos hospitalarios.	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	30%	100%	Documento soporte informe de gestión dela rea de costos	Actividad cumplida en el primer trimestre	En el primer trimestre de 2022 se realiza la gestión para la evaluación de software para el area de costos, asi mismo se deja evidencia de la gestion de costos hospitalarios.	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	30%	100%	Documento soporte informe de gestión dela rea de costos	Actividad cumplida en el primer trimestre
				Hacer: Ejecutar el cronograma de capacitación y sensibilizacion a los diferentes areas funcionales	40%	Plan de Desarrollo	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-01-01	2022-12-31	_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	0%	0%	_	_	El 15 de junio de 2022 se presenta el documento avance en la implementación de costos y presenta otros documentos de la gestión en el II trimestre de 2022	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	8%	20%	Avance costo -costeo pruebas antigenco- costeo retiro jadelle- costeo servicio inyectologia-costo habitacion unipersonal-distribucion controles y calibraciones-laboratorios uci- margen de ganancia laboratorio- tiempo mediciones laboratorios.	_	Se presenta el documento avance en la implementación de costos y presenta otros documentos de la gestión	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	30%	75%	Avance costo informe adjunto	_	Se presenta el documento avance en la implementación de costos y presenta otros documentos de la gestión	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	40%	100%	Avance costo informe adjunto	
				Verificar : Evaluar del sistema de costos	20%	Plan de Desarrollo	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-03-01	2022-12-31	_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	0%	0%	_	_	_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	_	_	_	_	_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	_	_	_	_	El dia 30 de noviembre de 2022 se realiza evaluación al proceso de costo presentado hasta la fecha	Magaly Mantilla/ unidad financiera	20%	100%	Documento de evaluacion al sistema de costo institucional	Soporte de calificación
				Actuar: tomar acciones frente a las desviaciones encontradas	10%	Plan de Desarrollo	Tecnologicos- Humanos	Gerente-Financiera	2022-07-01	2022-12-31	_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	0%	0%	_		_	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	_	_	_	_	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Diana Carolina Sanabria /unidad financiera	5%	50%	_	_	En la ultima semana del mes de **Diciembre de 2022** el gerente evalua la informacion del area de costos y sugiere presentación de otros informes para la toma de decisiones	Gerencia	10%	100%	Documentos generados de acuerdo al ajuste planteado.	
•Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	(No. servicios visitados/Total servicios)*100	Informes semestrales de gestion integral de manejo de residuos HRMM	**P:** Estructurar el plan integral de residuos hospittalarios y similares para el manejo adecuado de los residuos generados "Peligrosos-NO peligrosos".	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2022-01-31	Formulación de la actualización del PGIRHS	Ing Ambiental	4%	20%	PGIRHS actualizado	No se realizan observaciones	Formulación de la actualización del PGIRHS	Ing Ambiental	10%	50%	PGIRHS actualizado	No se realizan observaciones	Formulación de la actualización del PGIRHS	Ing Ambiental	10%	50%	PGIRHS actualizado	No se realizan observaciones	Se realizo formulación de la actualización del PGIRHS	Ing Ambiental	20%	100%	PGIRHS actualizado	-
				H: Realizar de lista de chequeo para aplicarlas a los diferentes servicios.	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Actualización de listas de chequeo a aplicar en el segundo trimestre en los diferentes servicios incluyendo lavanderia y cocina.	Ing Ambiental	6%	20%	Listas de chequeo actualizadas	No se realizan observaciones	Apliación de lista de chequeo en area de lavanderia	Ing Ambiental	15%	50%	Informe aplicación de lista de chequeo en area de lavanderia	No se realizan observaciones	Aplicación de lista de chequeo en area de consulta externa, urgencias y laboratorio	Ing Ambiental	22.5%	75%	Informe aplicación de lista de chequeo en area de consulta externa, urgencias y laboratorio	No se realizan observaciones	Apliación de lista de chequeo en area de lavanderia	Ing Ambiental	30%	100%	Informe aplicación de lista de chequeo en area de sala de partos	-
				V: Evaluar la informacion recopilada y emitir el diagnóstico de cada servicio	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Identificación de areas en mantenimiento y mejora de infraestructura en los servicios	Ing Ambiental	3%	10%	Plan de contingencia de la adecuación de la insfraestructura de la E.S.E HRMM	No se realizan observaciones	Se identificaron los diferentes servicios para la instalación de guardianes y mejoras en techos, pisos y paredes.	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	13.5%	45%	Pendiente aplicación de lista de chequeo	No se realizan observaciones	Se identificaron los diferentes servicios para la instalación de guardianes y mejoras en techos, pisos y paredes de consulta externa, urgencias y laboratorio.	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	22.5%	75%	Aplicación de listas de chequeo en areas asstenciales (laboratorio, urgencias y comsulta externa)	No se realizan observaciones	Se identificaron los diferentes servicios para la instalación de guardianes y mejoras en techos, pisos y paredes.	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	30%	100%	Aplicación de listas de chequeo en areas asstenciales (sala de partos)	-
				V: Realizar diagnóstico de las áreas según la información y presentar informe a Gerencia y cada servicio con los hallazgos.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Socialización en comité gagas a jefes, SST y lider de mantenimiento	Ing Ambiental	2%	20%	Lista de asistencia	No se realizan observaciones	Socialización en comité gagas de actividades realizadas a jefes de areas asistenciales, SST y lider de mantenimiento	Ing Ambiental	5%	50%	Lista de asistencia - Acta de Reunión	No se realizan observaciones	Socialización en comité gagas de actividades realizadas a jefes de areas asistenciales, SST y lider de mantenimiento	Ing Ambiental	7.5%	75%	Lista de asistencia - Acta de Reunión	No se realizan observaciones	Socialización en comité gagas de actividades realizadas a jefes de areas asistenciales, SST y lider de mantenimiento	Ing Ambiental	10%	100%	Lista de asistencia - Acta de Reunión	-
				A. Tomar acciones correctivas según desviaciones	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Seguimiento de las jefes de enfermeria en cada servicio	Ing Ambiental	1.5%	15%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de mejora en los servicios asistenciales.	Ing Ambiental	5%	50%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de mejora en los servicios asistenciales.	Ing Ambiental	7.5%	75%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de mejora en los servicios asistenciales.	Ing Ambiental	10%	100%	Verificación ocular	-
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	(No. personal capacitado/total personal)*100	Estructurar Plan de Capacitaciones Gestión Ambiental	**P:** Estructurar el cronograma de capacitacion del personal de la institucion.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Elaboración del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	4%	20%	Cronograma de trabajo	No se realizan observaciones	Elaboración del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo	No se realizan observaciones	Elaboración del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo	No se realizan observaciones	Elaboración del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo	-
				H:Realizar las capacitaciones al personal de la institucion que incluya las evaluaciones pre y post test.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Socialización de protocolo de normas de bioseguridad	Ing Ambiental - SST - Coord. Enfermeria	6.00%	15%	Listas de asistencias	No se realizan observaciones	Socialización del manejo de residuos hospitalarios	Ing Ambiental	10%	25%	Listas de asistencia	No se realizan observaciones	Socialización del manejo de residuos hospitalarios	Ing Ambiental	30%	75%	Listas de asistencia	No se realizan observaciones	Socialización del manejo de residuos hospitalariosa las diferentes areas de la ESE HRMM	Ing Ambiental	40%	100%	Listas de asistencia	-
				V:Medir el nivel de entendimiento de los diferentes temas.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Elaboración de ficha técnica.	Ing Ambiental	3.00%	15%	Ficha técnica.	No se realizan observaciones	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Ing Ambiental	9%	45%	Pre - post - ficha técnica	No se realizan observaciones	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Ing Ambiental	15%	75%	Pre - post - ficha técnica	No se realizan observaciones	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Ing Ambiental	20%	100%	Pre - post - ficha técnica	-
				A. Tomar acciones correctivas según desviaciones	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Seguimiento en cada servicio e cumplimiento de protocolo	Ing Ambiental - SST - Coord. Enfermeria	2%	10%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de la correcta segreación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Ing Ambiental	8%	40%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de la correcta segreación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Ing Ambiental	15%	75%	Verificación ocular	No se realizan observaciones	Ronda de seguimiento de la correcta segreación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Ing Ambiental	20%	100%	Verificación ocular	-
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	% de servicios verificados para la implementación del código de colores	Implementacion total del nuevo codigo de color para el manejo de los residuos solidos NO peligrosos	**P** :Definir el codigo de color para el manejo de los residuos en la institucion segun lo establecido en el articulo 4 de la resolucion 2184/2019	15%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	prof.apoyo ambiental, gerencia, subgerencia administrativa	2022-01-11	2021-05-31	Socializacion de PGIRHS	Ing Ambiental y Subgerencia Administrativa	7.5%	50%	Se adjunta acta de comité gagas socializacion	No se realizan observaciones	Socialización de PGIRHS	Ing Ambiental	7.5%	50%	Lista de asistencia	No se realizan observaciones	Socialización de PGIRHS	Ing Ambiental	15%	100%	Lista de asistencia comité de gagas	No se realizan observaciones	Socialización de PGIRHS	Ing Ambiental	15%	100%	Lista de asistencia comité de gagas	-
				H: Hacer el inventario de recipientes por areas para el manejo de los residuos peligrosos y NO peligrosos.	25%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-05-31	Conteo de recipientes en la entidad para determinar la cantidad existente y necesidad.	Ing Ambiental y Subgerencia Administrativa	12.5%	50%	Se anexa cuadro resumen de recipientes.	No se realizan observaciones	Actualización de inventario de recipientes existentes y gestión de cambio de color de los recipientes existentes con el area de mantenimiento	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	20%	80%	Cuadro de conteo de recipientes y oficio de gestión de mantenimiento.	No se realizan observaciones	Actualización de inventario de recipientes existentes y gestión de cambio de color de los recipientes existentes con el area de mantenimiento	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	25%	100%	Cuadro de conteo de recipientes y oficio de gestión de mantenimiento.	No se realizan observaciones	Actualización de inventario de recipientes existentes y gestión de cambio de color de los recipientes existentes con el area de mantenimiento	Ing Ambiental - Area de Mantenimiento	25%	100%	Cuadro de conteo de recipientes y oficio de gestión de mantenimiento.	-
				V:Medir la cantidad de recipientes necesaria para el manejo de residuos en la institucion.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Recuros Fisicos, Subgerencia administrativa y profesional apoyo ambiental	2022-01-11	2021-05-31	Comparacion de recipientes en buen estado VS recipientes en mal estado	Ing Ambiental y Subgerencia Administrativa	10%	50%	Evidencia estado actual de los recipientes	No se realizan observaciones	Actualización de inventario y compra de recipientes	Ing Ambientall	16%	80%	Lista de recipientes	No se realizan observaciones	Actualización de inventario y compra de recipientes	Ing Ambientall	20%	100%	Lista de recipientes	No se realizan observaciones	Actualización de inventario y compra de recipientes	Ing Ambientall	20%	100%	Lista de recipientes	-
				A: Gestionar la compra de recipicentes necesarios para el manejo de residuos NO peligrosos en la institución.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof. apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Implementación de puntos ecologicos nuevos y solicitud de mantenimiento de puntos ecologicos.	Ing Ambiental y Subgerencia Administrativa	20%	50%	Se anexa oficio de solicitud de mantenimiento y cambio de color a puntos ecologicos que no cumplen	Queda pendiente por partedel area de mantenimiento realizar la solicitud mencionada.	Implementación de puntos ecologicos nuevos	Ing Ambiental	38%	95%	Informe final	Pendiente por realizarr hasta tener la totalidad de los recipientes con la nueva normativa	Implementación de puntos ecologicos nuevos	Ing Ambiental	40%	100%	Informe final	No se realizan observaciones	Implementación de puntos ecologicos nuevos	Ing Ambiental	40%	100%	Informe final	-
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	Plan de Embellecimiento implementado	Mejorar el aspecto de las zonas verdes internas	**P:**Proyectar el embellecimiento de las zonas verdes internas de la institucion	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.ambiental y servicios generales	2022-01-11	2021-12-31	Jornadas mensuales de corte de cesped y semestrales de poda de arboles	Servicios Generales	2%	20%	_	_	Jornada de poda de arboles en todo el area externa del hospital	Ing Ambiental	8%	80%	Orden de trabajo Veolia	No se realizan observaciones	Jornada de poda de arboles en todo el area externa del hospital	Ing Ambiental	10%	100%	Orden de trabajo Veolia	No se realizan observaciones	Jornada de poda de arboles en todo el area externa del hospital	Ing Ambiental	10%	100%	Orden de trabajo Veolia	-
				H:Realizar el conteo de areas verdes de la institucion en estado de deterioro o abandono.	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental, servicios generales	2022-01-11	2021-12-31	Verificacion de areas en deterioro masivo para su recuperacion	Servicios Generales	7.5%	25%	_	_	Medición de areas verdes a intervenir	Ing Ambiental	30%	100%	Evidencia fotografica	No se realizan observaciones	Medición de areas verdes a intervenir	Ing Ambiental	30%	100%	Informe y evidencia fotografica	No se realizan observaciones	Medición de areas verdes a intervenir	Ing Ambiental	30%	100%	Informe y evidencia fotografica	-
				H:Ejecutar la limpieza y embellecimiento de las areas encontradas en estado de deterioro	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental, servicios generales	2022-01-11	2021-12-31	Ejecución de actividades proyectadas (corte de cesped)	Servicios Generales	7.5%	25%	_	_	Supervisar corte de cesped y poda de arboles	Ing Ambiental	15%	50%	Evidencia fotografica	No se realizan observaciones	Supervisar corte de cesped y poda de arboles	Ing Ambiental	22.5%	75%	Informe y evidencia fotografica	No se realizan observaciones	Supervisar corte de cesped y poda de arboles	Ing Ambiental	30%	100%	Evidencia fotografica	-

				V:Socializar el estado en el que se encontraban las areas vs el estado en el que se encuentra a la fecha.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental, servicios generales	2022-01-11	2021-12-31	Informe de areas intervenidas	Servicios generales	0%	0%	–	–	Socialización de actvidades con la coordinadore de servicios generales	Ing Ambiental	10%	50%	Informe de actividades	Pendintes por entregar del area de servicios generales	Socialización de actvidades con la coordinadore de servicios generales	Ing Ambiental	15%	75%	Informe de actividades	Pendintes por entregar del area de servicios generales	Socialización de actvidades con la coordinadore de servicios generales	Ing Ambiental	20%	100%	Informe de actividades final	-
				A.Tomar las medidas necesarias para mantener las areas buen estado.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Socializacion en comité	Servicios generales	0%	0%	–	–	Socialización en comité	Ing Ambiental	5%	50%	Acta de comité GAGAS	No se realizan observaciones	Socialización en comité	Ing Ambiental	7.5%	75%	Acta de comité GAGAS	No se realizan observaciones	Socialización en comité	Ing Ambiental	10%	100%	Acta de comité GAGAS	-
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	% Implementación del Cronograma	Control de vectores, roedores y plagas	**P:**Proyectar en el cronograma el control de vectores roedores y plagas.	20%	Plan de Gestión SOGC	Fisicos, financieros, Humanos y tecnologicos	subgerencia administrativa prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-01-31	Elaboracion del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	5%	25%	Cronograma de trabajo 2022	No se realizan observaciones	Elaboracion del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	10%	50%	Cronograma de trabajo	No se realizan observaciones	Elaboracion del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo	No se realizan observaciones	Elaboracion del cronograma de trabajo	Ing Ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo	-
				H; Ejecutar los controles para los roedores, vectores y plagas en las areas de la institucion.	40%	Plan de Gestión SOGC	Humanos	prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera mensual y refuerzos	Ing Ambiental	8%	20%	Se anexa informe mensual	No se realizan observaciones	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera mensual y refuerzos	Ing Ambiental	20%	50%	Informe mensual	No se realizan observaciones	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera mensual y refuerzos	Ing Ambiental	30%	75%	Informe mensual	No se realizan observaciones	Se realizo lae fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera mensual y refuerzos	Ing Ambiental	40%	100%	Informe mensual	-
				V:Evaluar la eficacia de los controles realizados.	30%	Plan de Gestión SOGC	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia administrativa y gerencia	2022-01-11	2021-12-31	Compacion antes vs inicio de fumigacion y controles	Ing Ambiental	1.5%	5%	Se anexa certificado de supervision de la actividad	No se realizan observaciones	Compacion antes vs inicio de fumigacion y controles	Ing Ambiental	1.5%	5%	–	–	Comparacion antes vs inicio de fumigacion y controles	Ing Ambiental	15%	50%	Informes	No se realizan observaciones	Compacion antes vs inicio de fumigacion y controles	Ing Ambiental	30%	100%	Informes	-
				A: Tomar las medidas o acciones necesarias para el continuo mejoramiento y control de las plagas.	10%	Plan de Gestión SOGC	Humanos y tecnologicos	Prof.apoyo ambiental	2022-01-11	2021-12-31	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Ing Ambiental	1%	10%	Se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	No se realizan observaciones	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Ing Ambiental	5%	50%	Se adjunta certfiado de ejeción de control de vestores y roedores	No se realizan observaciones	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Ing Ambiental	7.5%	75%	Se adjunta certfiado de ejeción de control de vestores y roedores	No se realizan observaciones	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Ing Ambiental	10%	100%	Se adjunta certfiado de ejeción de control de vestores y roedores	-
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN DOCUMENTAL	% Diagnostico integral de archivos	Diseñar y establecer el modelo de Gestión documental de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena medio de Barrancabermeja, implementando la normatividad vigente	P. Estructurar las politicas, lineamientos y objetivos de gestion documental de la institucion.	20%	Planeación Estratégica Gestión Documental	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Financieros	Gestión Documental	01/01/2022	30/03/2022	Se obtuvo la aprobacion por parte de la Gerencia de la ESE HRMM para llevar a cabo la estructuracion de las tablas de retencion en la vigencia 2022.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Plan de trabajo Gestión documental 2022	–	Se obtuvo la aprobacion por parte de la Gerencia de la ESE HRMM para llevar a cabo la estructuracion de las tablas de retencion en la vigencia 2022.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico	–	Se obtuvo la aprobacion por parte de la Gerencia de la ESE HRMM para llevar a cabo la estructuracion de las tablas de retencion en la vigencia 2022.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre	Se obtuvo la aprobacion por parte de la Gerencia de la ESE HRMM para llevar a cabo la estructuracion de las tablas de retencion en la vigencia 2022.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre
				H:Realizar diagnostico documental de la institucion	50%				01/04/2022	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte del primer trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022.	Se realiza avance de un 40% en diagnostico documental en las diferentes unidades productoras de documentos de la institucion, asi mismo se definen formatos para TRD, CCD Y CVD según modelo AGN. Se tiene avance del 70% de memoria descriptiva para TRD.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	40%	–	A la fecha del segundo trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022, se tiene avance del 40% con referencia al diagnostico y diseño de las mismas.	Se solicita concepto tecnico AGN referente a los requisitos para convalidación de TRD	Oficina de Gestion Documenhtal	25%	50%	Solicitud de concepto tecnico AGN	–	Se realiza diagnostico de archivos	Oficina de Gestion Documenhtal	50%	100%	Diagnostico de archivos	Se realizo modificacion a esta meta del plan de accion de Gestion Documental mediante Resolucion 130 del 29/11/2022 debido a la planeacion de metas con poco tiempo para su correcta ejecucion
				V: Presentar informe según hallazgos encontrados	20%				2022-04-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte del primer trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022.	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha del segundo trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022, se tiene avance del 40% con referencia al diagnostico y diseño de las mismas.	–	Oficina de Gestion Documenhtal	–	–	–	–	Se realiza informe de actividades en pro del mejoramiento del area.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Informe de actividades	Se realizo modificacion a esta meta del plan de accion de Gestion Documental mediante Resolucion 130 del 29/11/2022 debido a la planeacion de metas con poco tiempo para su correcta ejecucion
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%				2022-04-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte del primer trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022.	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha del segundo trimestre no se ha consolidado el documento final de Tablas de Retencion Documental Previstos para la Vigencia 2022, se tiene avance del 40% con referencia al diagnostico y diseño de las mismas.	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	Oficina de Gestion Documenhtal	–	–	–	–	Se realizaron acciones correctivas a esta meta mediante Resolucion 130 del 29/11/2022	Oficina de Gestion Documenhtal	10%	100%	Resolucion 130 del 29/11/2022	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN DOCUMENTAL	% Implementación del proyecto de ventanilla única	Diseñar y establecer el modelo de Gestión documental de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena medio de Barrancabermeja, implementando la normatividad vigente	P. Estructurar la implementación de una estrategia de mejora documental en la ESE	20%	Planeación Estratégica Gestión Documental	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Financieros	Gestión Documental	2022-01-01	2022-02-28	Se plantearón estrategias de mejora e implementación de planes y programas archivisticos para las diferentes fases de gestión docuemental	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Plan de trabajo	–	Se plantearón estrategias de mejora e implementación de planes y programas archivisticos para las diferentes fases de gestión docuemental. Durante mesa de trabajo con gerencia, se acordo mejora de los procesos de gestion documental, se diseña politica de gestion documental a la espera de aprobación, se adelanta gestión de convenios con colegios de la ciudad para practicas en el area de gestión documental. Se realiza capacitación en transferencias documentales. Se pone en funcionamiento segundo equipo de computo, se mejora la visualización de V.U y se lleva acabo primer comite de archivo en el cual se adquieren compromisos relacionados con la mejora del area de gestion documental de la institucion.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico y acta de comité.	Se hace necesario priorizar la organización y tratamiento fisico del fondo documental, una vez se cuente con la organización y procesos adecuados se puede plantear la propuesta para adquision de software.	Se plantearón estrategias de mejora e implementación de planes y programas archivisticos para las diferentes fases de gestión docuemental. Durante mesa de trabajo con gerencia, se acordo mejora de los procesos de gestion documental, se diseña politica de gestion documental a la espera de aprobación, se adelanta gestión de convenios con colegios de la ciudad para practicas en el area de gestión documental. Se realiza capacitación en transferencias documentales. Se pone en funcionamiento segundo equipo de computo, se mejora la visualización de V.U y se lleva acabo primer comite de archivo en el cual se adquieren compromisos relacionados con la mejora del area de gestion documental de la institucion.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Propesta de politica de gestión documental - registro fotografico de avance en organizacion	Actividad ejcutada al 100% en el segundo trimestre	Se plantearón estrategias de mejora e implementación de planes y programas archivisticos para las diferentes fases de gestión docuemental. Durante mesa de trabajo con gerencia, se acordo mejora de los procesos de gestion documental, se diseña politica de gestion documental a la espera de aprobación, se adelanta gestión de convenios con colegios de la ciudad para practicas en el area de gestión documental. Se realiza capacitación en transferencias documentales. Se pone en funcionamiento segundo equipo de computo, se mejora la visualización de V.U y se lleva acabo primer comite de archivo en el cual se adquieren compromisos relacionados con la mejora del area de gestion documental de la institucion.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Propesta de politica de gestión documental - registro fotografico de avance en organizacion	Actividad ejcutada al 100% en el segundo trimestre
				H. Documentar el manual de ventanilla unica y resolucion que acredite sus funcionamiento	50%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	Actualmente se encuentra en proceso el diseño y estandarización de las diferentes politicas de gestion documental	Se realiza seguimiento continuo a las comunicaciones oficiales direccionadas desde el area de ventanilla única, asi mismo se realiza capacitación en manejo de comunicaciones al area de gerencia y se obtiene la resolucion de ventanilla unica 033 del 2 de marzo de 2022. Se continua con proceso de gestion de convenios interinstitucionales para fortalecer los procesos de gestion documental de la institucion.	Oficina de Gestion Documenhtal	25%	50%	Se anexa registro fotografica. Resolucion 033 de 2022	Se tiene acercamiento via telefonica y via email con dos colegios de la ciudad para posibles convenios interinstitucionales para fortalecer los procesos de gestion documental.	Se realiza propuesta de manual de ventanilla única a la espera de aprobación por comité de archivo y proceder con su resolucion para la implementacion del manual de ventanilla unica	Oficina de Gestion Documental	35%	70%	Propuesta de manual de ventanilla única	–	Se aprueba Manual de Ventanilla Unica mediante Comité de Archivo	Oficina de Gestion Documental	50%	100%	Manual de ventanilla unica	–
				V: Verificar la implementación de la estrategia	20%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	Actualmente se encuentra en proceso el diseño y estandarización de las diferentes politicas de gestion documental	–	–	0%	0%	–	A la fecha del segundo corte se cuenta con gran avance en organización de documentos, se hace necesario y urgente area fisica en condiciones de almacenamiento y personal para fortalecer los procesos de gestion documental.	–	–	0%	0%	–	–	Se realiza encuesta de satisfacción	–	20%	100%	Encuentas realizada a las diferentes areas	
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	Actualmente se encuentra en proceso el diseño y estandarización de las diferentes politicas de gestion documental	–	–	0%	0%	–	–	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	–	0%	0%	–	–	Se realizaron acciones correctivas a esta meta mediante Resolucion 130 del 29/11/2022	–	10%			Resolucion 130 del 29/11/2022
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN DOCUMENTAL	% Adecuación de espacio físico	Diseñar y establecer el modelo de Gestión documental de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena medio de Barrancabermeja, implementando la normatividad vigente	P.Definir la Ubicación y acondicionamiento de un espacio físico para almacenamiento y custodia de la documentación	20%	Planeación Estratégica Gestión Documental	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Financieros	Gestión Documental	2022-01-01	2022-02-28	Durante mesa de trabajo se acordo el traslado provisional de fondo documental que se encontraba en riesgo de perdida por deterioro. Se obtuvo aprobacion por parte de la Gerencia ESE HRMM para el traslado provisional del fondo documental que se encontraba en riesgo de deterioro, asi mismo se dialogan alternativas para definir ubicación definitiva para almacenamiento de archivos.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Registro fotografico	–	Se realiza primer comité de archivo en el cual se exponen las necesidades y se define area para almacenamiento de archivos la cual tiene aprox 36mts2, se adquiere el compromiso por parte de gerencia para el acondicionamiento del area. Asi mismo se adelanta gestion con colegios parapracticas y/o apoyo en procesos archivisticos.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa acta de comité	A la espera de acondicionamiento de area fisica designada para bodega de archivo central.	Se realiza primer comité de archivo en el cual se exponen las necesidades y se define area para almacenamiento de archivos la cual tiene aprox 36mts2, se adquiere el compromiso por parte de gerencia para el acondicionamiento del area. Asi mismo se adelanta gestion con colegios parapracticas y/o apoyo en procesos archivisticos.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%		Actividad ejcutada al 100% en el primer trimestre	Se realiza primer comité de archivo en el cual se exponen las necesidades y se define area para almacenamiento de archivos la cual tiene aprox 36mts2, se adquiere el compromiso por parte de gerencia para el acondicionamiento del area. Asi mismo se adelanta gestion con colegios parapracticas y/o apoyo en procesos archivisticos.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%		Actividad ejcutada al 100% en el primer trimestre
				H: Implementar y realizar sguimiento a la ubicación y acondicionamiento de espacio físico	50%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte de primer trimestre el area fisico de ubicación definitiva de archivo se encuentra en dialogo, con el fin de poder realizar la ubicación en un area optimo para la conservación y custodia de los archivos.	Fondo documental que fue trasladado de manera provisional, se encuentra en mejores condiciones, libre de humedad, con acceso restringido a terceros, se avanza en acondicionamiento fisico y en su respectivo inventario documental.	Oficina de Gestion Documenhtal	10%	20%	Se anexa registro fotografico.	A la espera de acondicionamiento de area fisica designada para bodega de archivo central.	Se realizo seguimiento al acondicionamiento del espacio asignado para almacenamiento de archivos	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	40%	Evidencia fotografica	–	Se recibe area de 36 mts2 remodelado para bodega de archivo.	Oficina de Gestion Documenhtal	50%	100%	Anexo fotografico	–
				V: Verificar la implementación de las acciones	20%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte de primer trimestre el area fisico de ubicación definitiva de archivo se encuentra en dialogo, con el fin de poder realizar la ubicación en un area optimo para la conservación y custodia de los archivos.	–	–	0%	0%	–	A la espera de acondicionamiento de area fisica designada para bodega de archivo central.	–	–	0%	0%	–	–	Se inspecciona el area se encuentra libre de hudemad, libre de roedores e insectos, cuenta con iluminación y acceso restringido a terceros.	–	20%	100%	Anexo fotografico	–
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	A la fecha de corte de primer trimestre el area fisico de ubicación definitiva de archivo se encuentra en dialogo, con el fin de poder realizar la ubicación en un area optimo para la conservación y custodia de los archivos.	–	–	0%	0%	–	A la espera de acondicionamiento de area fisica designada para bodega de archivo central.	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	–	0%	0%	–	–	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	–	10%	100%	–	–
Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN DOCUMENTAL	% Implementación planes institucionales	Diseñar y establecer el modelo de Gestión documental de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena medio de Barrancabermeja, implementando la normatividad vigente	P. Definir el trabajo para implemenetacion del plan instituccional de archivos PINAR	20%	Planeación Estratégica Gestión Documental	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Financieros	Gestión Documental	2022-01-01	2022-02-28	Se realiza plan de trabajo de gestión documental para 2022. Aprobacion interna de PINAR y su respectiva publicación en pagina institucional. Se realiza continuamente actualización de FUID dando prioridad a años recientes. A traves del plan de trabajo de Gestión documental se realiza la planeación de los diferentes instrumentos archivisticos y su posterior implementación	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Plan de Trabajo de Gestion Documental 2022. Acta de aprobación Pinar FUID	–	Se continua con actualizacion de FUID con aras de tener inventario documental completo, se ha avanzado en inventario documental contractual de los años 2014 y 2015 y se trabaja en planes y programas de gestion documental, a la fecha se cuenta con aprobacion y publicacion de PINAR.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico y evidencia de inventario documental.	–	Se continua con actualizacion de FUID con aras de tener inventario documental completo, se ha avanzado en inventario documental contractual de los años 2014 y 2015 y se trabaja en planes y programas de gestion documental, a la fecha se cuenta con aprobacion y publicacion de PINAR.	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Se anexa registro fotografico y evidencia de inventario documental.	Se ejecuto 100% esta actividad entre el primer y segundo trimestre	Se realizan acciones correctivas a esta meta mediante la Resolucion 130 del 29/11/2022, motivo por el cual sele realizo ajustes en PINAR el cual aprobado mediante comité de archivos	Oficina de Gestion Documenhtal	20%	100%	Plan de trabajo	–
				H: Implementar el plan de trabajo definido en la vigencia 2022	50%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	Aun no se cuenta con todos los planes y programas de gestión documental,se establecio nuevo plan de trabajo en el cual se contempla el diseño y desarrollo de planes institucionales y su respectiva implementación	A la fecha se cuenta con aprobacion y publicacion de PINAR.	Oficina de Gestion Documenhtal	5%	10%	Se anexa registro fotografico.	–	Se realiza avance en actividades de inventario documental teniendo como base FUID, se realiza inventario de expedientes contractuales de los años 2012, 2013, 2014, 2015.	Oficina de Gestion Documenhtal	15%	30%	Evidencia inventarios	–	Plan de trabajo Pinar 2022	Oficina de Gestion Documenhtal	50%	100%	Ejecucion de plan de trabajo del Pinar	–
				V: Verificar el avance de implementacion	20%				2022-03-01	2022-12-31	–	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	–	Se establecio nuevo plan de trabajo en el cual se contempla el diseño y desarrollo de planes institucionales y su respectiva implementación	–	–	0%	0%	–	Se contempla plan de transferencias documentales para el cuarto trimestre del año.	–	–	–	0%	0%	Se contempla plan de transferencias documentales para el cuarto trimestre del año.	Se da total cumplimiento a las actividades planteadas en el Plan de Trabajo Pinar 2022	–	20%	100%	Ejecucion de plan de trabajo del Pinar	–

				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%				2022-03-01	2022-12-31	_	Oficina de Gestion Documenhtal	0%	0%	_	Se establecio nuevo plan de trabajo en el cual se contempla el diseño y desarrollo de planes institucionales y su respectiva implementación	_	_	0%	0%	_	Se contempla plan de transferencias documentales para el cuarto trimestre del año.	No se han presentado desviaciones ni acciones correctivas	_	_	0%	0%	Se contempla plan de transferencias documentales para el cuarto trimestre del año.	Se realizaron acciones correctivas a esta meta mediante Resolucion 130 del 29/11/2022	_	10%	100%	Resolucion 130 del 29/11/2022	_
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM	GESTION JURIDICA	% de actualizacion de la plataforma SECOP	PUBLICACION DE LOS PROCESOS PRECONTRCATUALES, CONTRACTUALES Y POSTCONTRACTUALES EN EL SECOP 2020 E IR MANTENIENDO AL DIA SECOP 2021	**P:** Estructurar la informacion requerida para cargar la plataforma SECOP en materia de contratacion de la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio	10%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-02-28	Se revisa los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion y oganizarla en archivos separados	Juridica	2.5%	25%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion de la vigencia 2022	N/A	Se revisa los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion y oganizarla en archivos separados	Juridica	5%	50%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion de la vigencia 2022 (Abril - Junio)	N/A	Se revisa los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion y oganizarla en archivos separados	Juridica	7.5%	75%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion de la vigencia 2022 (Julio-Septiembre)	N/A	Se revisa los expedientes contractuales, se procede a escanear toda la documentacion y oganizarla en archivos separados	Juridica	10%	100%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion de la vigencia 2022 (Octubre-Diciembre)	_
				H: Elaborar informe mensual de la contratacion realizada por la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio	40%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Juridica	10%	25%		N/A	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Juridica	20%	50%		_	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Juridica	30%	75%		_	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM. Se relaciona la contratacion de toda la vigencia 2022	Juridica	40%	100%		_
				V: Verificar la informacion y documentacion de los contratos suscritos por la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio	40%	Plan de Gestion	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato (prescontractual, contractual y postcontractual); lo anterior con ayuda de cada supervisor	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	10%	25%		N/A	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato (prescontractual, contractual y postcontractual); lo anterior con ayuda de cada supervisor	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	20%	50%	_	_	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato (prescontractual, contractual y postcontractual); lo anterior con ayuda de cada supervisor	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	30%	75%	_	_	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato (prescontractual, contractual y postcontractual); lo anterior con ayuda de cada supervisor	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	40%	100%	_	_
				A: Cargar la informacion completa que reposa en cada expediente contractual a la plataforma del SECOP	10%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Cargue la informacion precontractual, contractual y postcontractual en el primer trimestre (enero a marzo) del año 2022. El SECOP se alimenta rpogresivamente, de acuerdo a la documentacion e infomacion que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	2.5%	25%	Certificacion del cargue de la documentacion en el SECOP y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que su publicacion se realiza con toda la documentacion y actas que se produzcan en la ejecucion del contrato	Cargue la informacion precontractual, contractual y postcontractual en el segundo trimestre (abril a junio) del año 2022. El SECOP se alimenta rpogresivamente, de acuerdo a la documentacion e infomacion que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	5%	50%	Certificacion del cargue de la documentacion en el SECOP y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que su publicacion se realiza con toda la documentacion, actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato	Cargue la informacion precontractual, contractual y postcontractual en el tercer trimestre (Julio-Septiembre) del año 2022. El SECOP I y II se alimenta rpogresivamente, de acuerdo a la documentacion e infomacion que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	7.5%	75%	Certificacion del cargue de la documentacion en el SECOP I y II y pantallazos de algunos procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que su publicacion se realiza con toda la documentacion, actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato	Cargue de la informacion precontractual, contractual y postcontractual que reposa actualmente en el expediente contractual, durante el cuarto trimestre (Octubre-Diciembre) del año 2022. El SECOP I y II se alimenta pogresivamente, de acuerdo a la documentacion e infomacion que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	10%	100%	Certificacion del cargue de la documentacion en el SECOP I y II y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se realizó progresivamente en el transcurso del año ya que su publicacion se realizó con toda la documentación, actas y pagos que se encuentran en el expediente contractual producidos en la ejecucion del contrato. Se aporta como evidenciauna muestra de toda la contratacion ya que son muchos procesos contractuales, motivos por el cual lo ideal es dirigirse directamente a la plataforma SECOP I y II
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM	GESTION JURIDICA	% de actualizacion de la plataforma SIA	PUBLICACION DE TODA LA DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL REPORTE DEL SIA OBSERVA	**P:** Estructurar la informacion requerida para cargar la plataforma SIA OBSERVA en materia de contratacion de la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio	10%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-02-28	Se revisan los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion requerida por la plataforma del SIA OBSERVA, y oganizarla en archivos separados	Juridica	2.5%	25%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion 2022	_	Se revisan los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion requerida por la plataforma del SIA OBSERVA, y oganizarla en archivos separados	Juridica	5%	50%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion 2022 (Abril-Junio)	_	Se revisan los expedientes contractuales, se procede a escanear la documentacion requerida por la plataforma del SIA OBSERVA, y oganizarla en archivos separados	Juridica	7.5%	75%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion 2022	_	Se revisan los expedientes contractuales, se procede a escanear toda la documentacion requerida por la plataforma del SIA OBSERVA, y oganizarla en archivos separados	Juridica	10%	100%	Junto a la revision de los contratos se realiza archivo en excel donde se relaciona la contratacion 2022	_
				H: Elaborar informe mensual de la contratacion realizada por la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio	40%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Jurdica	10%	25%		_	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Juridica	20%	50%		_	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas.	Juridica	30%	75%		_	Se realizo archivo en excel donde se relaciona mensualmente los contratos suscritos por la E.S.E. HRMM con los diferentes contratistas. Se relaciona la contratacion de toda la vigencia 2022	Juridica	40%	100%		_
				V: Verificar la informacion y documentacion de los contratos suscritos por la E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio, según lo requerido obligatoriamente por la plataforma del SIA OBSERVA	40%	Plan de Gestion	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato y asi ir alimentando dicho expediente con ayuda de cada supervisor (prescontractual, contractual y postcontractual)	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	10%	25%	_	_	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato y asi ir alimentando dicho expediente con ayuda de cada supervisor (prescontractual, contractual y postcontractual)	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	20%	50%	_	_	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato y asi ir alimentando dicho expediente con ayuda de cada supervisor (prescontractual, contractual y postcontractual)	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	30%	75%	_	_	Desde la oficina juiridica se procede revisar la informacion y documentacion de cada expediente contractual, determinanando que documento hace falta de cada una de las etapas del contrato y asi ir alimentando dicho expediente con ayuda de cada supervisor (prescontractual, contractual y postcontractual)	Juridica y cada Area Supervisora (Gerencia, Subgerencia Administrativa y Financiera, Recursos Fisicos, Subgerencia Cientifica, Talento Humano, Financiera y Sistema) y financiera	40%	100%	_	_
				A: Cargar la informacion obligatroia requerida por la plataforma del SIA OBSERVA y asi dar cumplimiento a su publicacion en tiempo real	10%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-12-31	Cargue la informacion requerida por la plataforma SIA OBSERVA en la vigencia 2022. La informacion de esta plataforma se va alimentando en el transcurso del año de manera mensual segun la documentacion y actas que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	2.5%	25%	Certificacion del cargue de la documentacion en la plataforma del SIA OBSERVA y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que este informesse rinde de manera mensual dentro de los 3 primero dias de cada mes y se va alimentado con las actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato	Se realiza el cargue de la informacion requerida por la plataforma SIA OBSERVA en la vigencia 2022 del segundo trimestre (abril a junio) La informacion de esta plataforma se va alimentando en el transcurso del año de manera mensual segun la documentacion y actas que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	5%	50%	Certificacion del cargue de la documentacion en la plataforma del SIA OBSERVA y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que este informesse rinde de manera mensual dentro de los 3 primeros dias habiles de cada mes y se va alimentado con las actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato	Se realiza el cargue de la informacion requerida por la plataforma SIA OBSERVA en la vigencia 2022 del tercer trimestre (julio-Septiembre) La informacion de esta plataforma se va alimentando en el transcurso del año de manera mensual segun la documentacion y actas que se va evidenciando y recopilando segun la ejecucion del contrato.	Juridica	7.5%	75%	Certificacion del cargue de la documentacion en la plataforma del SIA OBSERVA y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion	Este objetivo se estara realizando progresivamente en el transcurso del año ya que este informe se rinde de manera mensual dentro de los 3 primeros dias habiles de cada mes y se va alimentado con las actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato	Se realiza el cargue de la informacion requerida por la plataforma SIA OBSERVA en la vigencia 2022 del cuarto trimestre (Octubre-Diciembre) La informacion de esta plataforma se alimentó en el transcurso del año de manera mensual segun la documentacion y actas que se encuentran en el expediente contractual, segun la ejecucion del contrato.	Juridica	10%	100%	Certificacion del cargue de la documentacion en la plataforma del SIA OBSERVA y pantallazos de algun procesos donde se evidencia dicho cargue de informacion,	Este objetivo se realizó progresivamente en el transcurso del año, rindiendose de manera mensual dentro de los 3 primeros dias habiles de cada mes y alimentandose con las actas y pagos que se produzcan en la ejecucion del contrato y se encuentrén en el expediente contractual. Se aporta como evidenciauna muestra de toda la contratacion ya que son demasiaod proceso contracatuales, motivos por el cual lo ideal es dirigirse directamente a la plataforma de SIA OBSERVA
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM	GESTION JURIDICA	Manual de Contratacion actualizado	ACTUALIZACION DEL MANUAL DE CONTRATACION DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	**P:** Soclializacion del documento con cada uno de los cambio sugeridos y requeridos al manual de contratacion de la E.S.E HRMM al equipo de juridica, gerencia, y asesores externos	20%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-01-04	2022-02-28	Se procedio con la socializacion con el equipo de la oficina juridica de los cambios sugeridos para el manual de contratacion de la ESE HRMM y asi escuchar sugerencias al respecto.	Juridica	20%	100%	Planilla de asistencia a la socializacion con el equipo de juiridica	_	_	Juridica	20%	100%	_	_	_	Juridica	20%	100%	_	Esta actividad se dejo al 100% en el primer trimestre	Se procedio con la socializacion con el equipo de la oficina juridica de los cambios sugeridos para el manual de contratacion de la ESE HRMM y asi escuchar sugerencias al respecto.	Juridica	20%	100%	Planilla de asistencia a la socializacion con el equipo de juiridica	Esta actividad se dejo al 100% en el primer trimestre
				H: Realizar la identificacion y analisis de las posibles actualizaciones al Manual de Contratacion, conforme a las normas, leyes y/o decretos de orden Nacional expedidos en la vigencia 2022 que permitan una actualizacion eficaz previo a la presentacion ante la Junta Directiva	30%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-03-01	2022-03-31	_	Juridica	_	_	_	_	_	Juridica	_	_	_	_	Se realizó la inclusión del proyecto de modificación del Manual de Contratación como item para exposición ante la junta directiva a realizar en el mes de Octubre	Juridica	15%	50%	_	_	Entre las modificaciones al Manual de contratacion se contemplo la necesidad de modificar las cuantias, motivo por el cuale se requeria esperar el Decreto Nacional que fija el Salario Minimo y asi poder realizar las respectivas modificaciones. Debido a que este Decreto se expidio el 15 de Diciembre de 2022, la entidad apesar de realizar el documento final de la modificacion al Manual de Contratacion que contemplo el Decreto Nacional, no alcanzo a ser aprobado en la ultima Junta Directiva Ordinaria de la vigencia 2022	Juridica	30%	100%	Certificacion emitida por el area Juridica Documento final de modificacion y actualizacion al manual de contratacion	Se realizaron acciones correctivas a esta meta mediante Resolucion 130 del 29/11/2022
				V: Teniendo en cuenta que la normativa cambia constantemente; realizar una ultima revison a las posibles modificaciones al manual de contratacion de la E.S.E HRMM	30%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-03-01	2022-03-31	_	Juridica	_	_	_	_	_	Juridica	_	_	_	_	Se realiza junto con el Abogado Externo revisión previa presentación ante la Junta Directiva de la proyección de las modificaciones al Manual de Contratación de la entidad	Juridica	15%	50%	Manual de contratacion con observaciones sobre la modificacion requeridas	_	Teniendo en cuenta que la normativa cambia constantemente y la necesidad de la actualización del manual de contratación, se realizó revisión frente a la posibilidad de incrementar las cuantías estipuladas para la contratación conforme el decreto nacional por el cual se fija el salario mínimo mensual legal.	Juridica	30%	100%	Documento final del Manual de Contratación actualizado	_
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	20%	Plan de Gestion	Juridica	Juridica	2022-04-01	2022-12-31	_	Juridica	_	_			_	Juridica	_	_	_	_	_	Juridica	_	_	_	_	Entre las modificaciones al Manual de contratacion se contemplo la necesidad de modificar las cuantias, por lo que se requeria esperar el Decreto Nacional por el cual se fija el Salario Minimo y asi poder realizar las respectivas modificaciones. Debido a que este Decreto se expidio el 15 de Diciembre de 2022, la entidad apesar de realizar el documento final de la modificacion al Manual de Contratacion, no alcanzo a ser aprobado en la ultima Junta Directiva Ordinaria de la vigencoa 2022	Juridica	20%	100%	_	Se realizaron acciones correctivas a esta meta mediante Resolucion 130 del 29/11/2022
Realizar la identificación, verificación, clasificación, valoración, registro y análisis de los bienes de consumo, muebles e inmuebles y equipos biomedicos de propiedad de la entidad.	Gestion Institucional	· Dependencias inventariadas / Dependecias de la entidad	Informe final de levantamiento totalde inventarios del HRMM	**P (Metodologia)** : 1. Metodologia a aplicar 2. Programación de los recorridos 3. Cronograma de ejecución 4 .Elaboracion de formatos a uitlizar en el proceso de levanatamiento de informacion 5.Diseño de stickers para numeracion de inventarios	30%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de Recuros Fisicos, Ingeniero Biomedioc, Coordinadores de servicio y dependencias	2022-01-15	2022-02-15	P (Meteodologia) 1. Se inicia la planificacion detallada para la realizacion del inventario general de la Ese hospital regional del magdalena medio con la participacion de subgerencia administrativa y Gerencia general. 2. Mediante planeacion y evaluacion de diferentes propuestas allegadas a la entidad, se decide contratar a personal profesional idoneo en realizacion y avaluo de inventarios con el fin de dar perfecto cumplimineto a este objetivo. 3. Se formalizar el cronograma a aplicar para el desarollo de esta meta 4. Se recopila la informacion existente para la elaboracion de los formatos a utilizar en la recopilacion de informacion 5. Se analizan las propuestas de las opciones de diseño de sticker para etiquetar los activos de la entidad.	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas. 2. Se anexa cronograma de activiades 3. Se anexa diseño de stickers de ivnentarios	_	P (Meteodologia) 1. Se inicia la planificacion detallada para la realizacion del inventario general de la Ese hospital regional del magdalena medio con la participacion de subgerencia administrativa y Gerencia general. 2. Mediante planeacion y evaluacion de diferentes propuestas allegadas a la entidad, se decide contratar a personal profesional idoneo en realizacion y avaluo de inventarios con el fin de dar perfecto cumplimineto a este objetivo. 3. Se formalizar el cronograma a aplicar para el desarollo de esta meta 4. Se recopila la informacion existente para la elaboracion de los formatos a utilizar en la recopilacion de informacion 5. Se analizan las propuestas de las opciones de diseño de sticker para etiquetar los activos de la entidad.	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas. 2. Se anexa cronograma de activiades 3. Se anexa diseño de stickers de ivnentarios	_	P (Meteodologia) 1. Se inicia la planificacion detallada para la realizacion del inventario general de la Ese hospital regional del magdalena medio con la participacion de subgerencia administrativa y Gerencia general. 2. Mediante planeacion y evaluacion de diferentes propuestas allegadas a la entidad, se decide contratar a personal profesional idoneo en realizacion y avaluo de inventarios con el fin de dar perfecto cumplimineto a este objetivo. 3. Se formalizar el cronograma a aplicar para el desarollo de esta meta 4. Se recopila la informacion existente para la elaboracion de los formatos a utilizar en la recopilacion de informacion 5. Se analizan las propuestas de las opciones de diseño de sticker para etiquetar los activos de la entidad.	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas. 2. Se anexa cronograma de activiades 3. Se anexa diseño de stickers de ivnentarios	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	P (Meteodologia) 1. Se inicia la planificacion detallada para la realizacion del inventario general de la Ese hospital regional del magdalena medio con la participacion de subgerencia administrativa y Gerencia general. 2. Mediante planeacion y evaluacion de diferentes propuestas allegadas a la entidad, se decide contratar a personal profesional idoneo en realizacion y avaluo de inventarios con el fin de dar perfecto cumplimineto a este objetivo. 3. Se formalizar el cronograma a aplicar para el desarollo de esta meta 4. Se recopila la informacion existente para la elaboracion de los formatos a utilizar en la recopilacion de informacion 5. Se analizan las propuestas de las opciones de diseño de sticker para etiquetar los activos de la entidad.	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas. 2. Se anexa cronograma de activiades 3. Se anexa diseño de stickers de ivnentarios	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre
				H. (Levantamiento de informacion): 1. Recorrido, reconteo 2. Adhesion de sticker con numeracion previamente aprobada 3. Recopilacion general de informacion 4. Firma de cada responsable de la	40%		Fisicos humanos y financieros	Jefe de Recuros Fisicos, Ingeniero Bimedico, Coordinadores de servicio y dependencias	2022-02-16	2022-03-15	1.Durante el primer trimestre, se realizan los primeros recorridos en las isntalaciones de la entidad, para la identificacion incial de los activos 2. se realiza conteos iniciales con sticker temporales para la identificacion previa de los activos. 3. Mediante archivo excel se recopila informacion de cada servicio y area de la isntitucion.	Jefe de recursos fisicos	40%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	_	1.Durante el primer trimestre, se realizan los primeros recorridos en las isntalaciones de la entidad, para la identificacion incial de los activos 2. se realiza conteos iniciales con sticker temporales para la identificacion previa de los activos. 3. Mediante archivo excel se recopila informacion de cada servicio y area de la isntitucion.	Jefe de recursos fisicos	40%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	_	1.Durante el primer trimestre, se realizan los primeros recorridos en las isntalaciones de la entidad, para la identificacion incial de los activos 2. se realiza conteos iniciales con sticker temporales para la identificacion previa de los activos. 3. Mediante archivo excel se recopila informacion de cada servicio y area de la isntitucion.	Jefe de recursos fisicos	40%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	1.Durante el primer trimestre, se realizan los primeros recorridos en las isntalaciones de la entidad, para la identificacion incial de los activos 2. se realiza conteos iniciales con sticker temporales para la identificacion previa de los activos. 3. Mediante archivo excel se recopila informacion de cada servicio y area de la isntitucion.	Jefe de recursos fisicos	40%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre
				V. (Analisis de informacion): 1. Verificacion de la informacion recopilada con la existente 2. Identificacion de los bienes que requieran reparación, los inservibles u obsoletos, los sobrantes y faltantes de inventarios, entre otros	20%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de Recuros Fisicos, Coordinadores de servicio y dependencias	2022-03-16	2022-04-15	1. En compañia de supervisor, ingeniero biomedico, almacen, se realizan recorridos de verificacion de la informacion recopilada 2. Se identifican bienes en estado de servibilidad 0%, los cuales se tienen en cuenta para dar proceso de baja. 3. Se relaiza un primer informe final borrador para ser socialziado con gerencia y jefe de recursos fisicos	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. Se anexa informe parcialñ de avance	_	1. En compañia de supervisor, ingeniero biomedico, almacen, se realizan recorridos de verificacion de la informacion recopilada 2. Se identifican bienes en estado de servibilidad 0%, los cuales se tienen en cuenta para dar proceso de baja. 3. Se relaiza un primer informe final borrador para ser socialziado con gerencia y jefe de recursos fisicos	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. Se anexa informe parcialñ de avance	_	1. En compañia de supervisor, ingeniero biomedico, almacen, se realizan recorridos de verificacion de la informacion recopilada 2. Se identifican bienes en estado de servibilidad 0%, los cuales se tienen en cuenta para dar proceso de baja. 3. Se relaiza un primer informe final borrador para ser socialziado con gerencia y jefe de recursos fisicos	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. Se anexa informe parcialñ de avance	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	1. En compañia de supervisor, ingeniero biomedico, almacen, se realizan recorridos de verificacion de la informacion recopilada 2. Se identifican bienes en estado de servibilidad 0%, los cuales se tienen en cuenta para dar proceso de baja. 3. Se relaiza un primer informe final borrador para ser socialziado con gerencia y jefe de recursos fisicos	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. Se anexa informe parcialñ de avance	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre
				A. (Elaboracion de informe gerencial): 1. Elaborar el informe presentando la cantidad y valor total de los bienes inventariados, faltantes, sobrantes, inservibles u obsoletos, resultantes de la toma física. 2. Entregar a la Subdirección Administrativa y Financiera y Oficina asesora de Control Interno, firmado y aprobado por el Almacenista 3. Elaborar listado de los bienes que potencialmente se van a dar de baja, para estudio en comite de bajas. 4. Aprobar y presentar el informe	10%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de Recuros Fisicos, Gerencia y subgerecia	2022-04-16	31/04/2022	No se realizan actividades	Jefe de recursos fisicos	0%	0%	No se anexan evidencias	_	1. Se consolida informacion recogida del levantamiento total de inventarios de la planta de la ese hospital regional del magdalena medio y se procede a la elaborcion del informe final. Dicho informe reposa en oficina de almacen	Jefe de recursos fisicos	10%	100%	Se anexan evidencias documentales (informe final de levantamiento de inventarios)	_	1. Se consolida informacion recogida del levantamiento total de inventarios de la planta de la ese hospital regional del magdalena medio y se procede a la elaborcion del informe final. Dicho informe reposa en oficina de almacen	Jefe de recursos fisicos	10%	100%	Se anexan evidencias documentales (informe final de levantamiento de inventarios)	_	1. Se consolida informacion recogida del levantamiento total de inventarios de la planta de la ese hospital regional del magdalena medio y se procede a la elaborcion del informe final. Dicho informe reposa en oficina de almacen	Jefe de recursos fisicos	10%	100%	Se anexan evidencias documentales (informe final de levantamiento de inventarios)	_
		contratos de suministros	Implementacion de plan	**P (Metodologia):** 1. Investigacion e Identificacion de los posibles proveedores existentes en el mercado nacional cuya participacion pueda ser idonea para la vigencia 2022 2. Diseño de parametros comerciales y tecnicos a tener en cuenta para contratacion con la entidad	20%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de recursos fisicos - comité de compras	2021-01-01	2021-12-31	Durante el primer trimestre, se realiza revision detallada de los posibles proveedores del mercado nacional para satisfacer las necesiades de suministros de la entidad, tal como reposa en el plan de adquisiciones 2022	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2 Se anexa plan de adquisiciones 2022	_	Durante el primer trimestre, se realiza revision detallada de los posibles proveedores del mercado nacional para satisfacer las necesiades de suministros de la entidad, tal como reposa en el plan de adquisiciones 2022	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2 Se anexa plan de adquisiciones 2022	_	Durante el primer trimestre, se realiza revision detallada de los posibles proveedores del mercado nacional para satisfacer las necesiades de suministros de la entidad, tal como reposa en el plan de adquisiciones 2022	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2 Se anexa plan de adquisiciones 2022	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	Durante el primer trimestre, se realiza revision detallada de los posibles proveedores del mercado nacional para satisfacer las necesiades de suministros de la entidad, tal como reposa en el plan de adquisiciones 2022	Jefe de recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2 Se anexa plan de adquisiciones 2022	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre
				H. (Recopilacion de informacion): 1. Clasificacion detallada de los suministros necesarios para la prestacion del servicio de salud de la ese hospital rmm 2. Recopilacion de cotizaciones formales y estudio exhaustivo de las propuestas de cada empresa del mercado nacional que satisfaga la necesidades de la ese hospital regional mm 3. Realizar comite de compras para el estudio, comparacion y evaluacion final de las propuestas recibidas para cada	30%		Fisicos humanos y financieros	Jefe de recursos fisico - comité de compras	2021-01-01	2021-12-31	1. Se clasifican todos los suministros necesrios para la prestacion de servicios de salud en la entidad y se realizan invitaciones de cotizacion a diferentes proveedores del mercado para realizar estudios de mercado 2. Se citan y se realizan comites de compras donde s estudian, evaluan y se aprueban los proveedores encargados de satisfacer dichos suministros segun las necesidades tecnicas, economicas y de calidad que la entidad requiere	Jefe de recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 3. Se anexan actas de comité de compras	_	1. Se clasifican todos los suministros necesrios para la prestacion de servicios de salud en la entidad y se realizan invitaciones de cotizacion a diferentes proveedores del mercado para realizar estudios de mercado 2. Se citan y se realizan comites de compras donde s estudian, evaluan y se aprueban los proveedores encargados de satisfacer dichos suministros segun las necesidades tecnicas, economicas y de calidad que la entidad requiere	Jefe de recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 3. Se anexan actas de comité de compras	_	1. Se clasifican todos los suministros necesrios para la prestacion de servicios de salud en la entidad y se realizan invitaciones de cotizacion a diferentes proveedores del mercado para realizar estudios de mercado 2. Se citan y se realizan comites de compras donde s estudian, evaluan y se aprueban los proveedores encargados de satisfacer dichos suministros segun las necesidades tecnicas, economicas y de calidad que la entidad requiere	Jefe de recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 3. Se anexan actas de comité de compras	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	1. Se clasifican todos los suministros necesrios para la prestacion de servicios de salud en la entidad y se realizan invitaciones de cotizacion a diferentes proveedores del mercado para realizar estudios de mercado 2. Se citan y se realizan comites de compras donde s estudian, evaluan y se aprueban los proveedores encargados de satisfacer dichos suministros segun las necesidades tecnicas, economicas y de calidad que la entidad requiere	Jefe de recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 3. Se anexan actas de comité de compras	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre

}	Gestion Institucional	planeados / contratos de suministros suscritos	anual de gestion de compras proveedores	V- (Analisis de informacion) : 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Realizacion de invitaciones formales a las empresas aprobadas por el comite para su posteriror contratacionaspectos tecnicos. 3. Recopilacion de documentos de las entidades que cumplan con los parametros establecidos en la etapa anterior	30%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	jefe de recursos fisicos - comité de compras	2021-01-01	2021-12-31	Se realizan las invitaciones formales a todos los proveedores evaluados, para gestar etapa contractual y asi dar repuesta a los suinistros que la entidad requiere 2. Desde la oficina de recursos fisicos se gestan todos los documentos previos para el perfeccionamiento de los contratos de suminsitros tales como: estudios previos, solicitud de CDP, supervision ydemas	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexan invitaciones ejemplos a proveedores 3. se anexan documentos previos gestados desde el area	–	Se realizan las invitaciones formales a todos los proveedores evaluados, para gestar etapa contractual y asi dar repuesta a los suinistros que la entidad requiere 2. Desde la oficina de recursos fisicos se gestan todos los documentos previos para el perfeccionamiento de los contratos de suminsitros tales como: estudios previos, solicitud de CDP, supervision ydemas	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexan invitaciones ejemplos a proveedores 3. se anexan documentos previos gestados desde el area	–	Se realizan las invitaciones formales a todos los proveedores evaluados, para gestar etapa contractual y asi dar repuesta a los suinistros que la entidad requiere 2. Desde la oficina de recursos fisicos se gestan todos los documentos previos para el perfeccionamiento de los contratos de suminsitros tales como: estudios previos, solicitud de CDP, supervision ydemas	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexan invitaciones ejemplos a proveedores 3. se anexan documentos previos gestados desde el area	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre	Se realizan las invitaciones formales a todos los proveedores evaluados, para gestar etapa contractual y asi dar repuesta a los suinistros que la entidad requiere 2. Desde la oficina de recursos fisicos se gestan todos los documentos previos para el perfeccionamiento de los contratos de suminsitros tales como: estudios previos, solicitud de CDP, supervision ydemas	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexan invitaciones ejemplos a proveedores 3. se anexan documentos previos gestados desde el area	Meta cumplida al 100% desde el primer trimestre
				A. 1. Implementacion del plan en todos los suministros y compras de insumos necesarios para la prestacion de servicios de la entidad 2. Seguimiento y evaluacion periodica (mensual) de la facturacion ejecutada en cada suministro suscrito por la entidad 3. Revision de las acciones realizadas, las incidencias detectadas y las medidas correctoras de ellas derivadas	20%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	jefe de recursos fisicos - comité de compras	2021-01-01	2021-12-31	1. Dado el perfeccionamiento de los contratos de suministros, gestados desde la oficina de rcursos fisicos, se inicia con seguimiento semanal de la ejecucion del mismo, llevan un control en ejecucion presupuestal y en tiempos. 2. se realiza seguimiento mensual de facturacion para realizar gestiones de pagos segun depachos realizados en el mes mediante elaboracion mensual de actas de pago.	Jefe de Recursos fisicos	20%	100	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexa archiv o tipo excel Control y seguimiento contractual	–	1. Dado el perfeccionamiento de los contratos de suministros, gestados desde la oficina de rcursos fisicos, se inicia con seguimiento semanal de la ejecucion del mismo, llevan un control en ejecucion presupuestal y en tiempos. 2. se realiza seguimiento mensual de facturacion para realizar gestiones de pagos segun depachos realizados en el mes mediante elaboracion mensual de actas de pago.	Jefe de Recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexa archiv o tipo excel Control y seguimiento contractual	–	1. Dado el perfeccionamiento de los contratos de suministros, gestados desde la oficina de rcursos fisicos, se inicia con seguimiento semanal de la ejecucion del mismo, llevan un control en ejecucion presupuestal y en tiempos. 2. se realiza seguimiento mensual de facturacion para realizar gestiones de pagos segun depachos realizados en el mes mediante elaboracion mensual de actas de pago.	Jefe de Recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexa archiv o tipo excel Control y seguimiento contractual a 30 septiembre de 2022	–	1. Dado el perfeccionamiento de los contratos de suministros, gestados desde la oficina de rcursos fisicos, se inicia con seguimiento semanal de la ejecucion del mismo, llevan un control en ejecucion presupuestal y en tiempos. 2. se realiza seguimiento mensual de facturacion para realizar gestiones de pagos segun depachos realizados en el mes mediante elaboracion mensual de actas de pago.	Jefe de Recursos fisicos	20%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales 2. se anexa archiv o tipo excel Control y seguimiento contractual a 30 septiembre de 2022	–
Fijar el procedimiento para reclasificar los bienes de la entidad no requeridos, dar baja de los inventarios los bienes de la Entidad, objeto de destrucción.	Gestion Institucional		Reactivacion de comité de bajas para bienes inmuebles y de consumo de la entidad	P (Planificacion) 1. Planificacion del procedimiento general de administración de los recursos Físicos de la Entidad 2. Identificar las actividades generales y especificas a desarrollar en el proceso de bajas y su interrelación con las diferentes Unidades o Áreas que participan en el proceso 3. Establecer los actores del proceso, definiendo quienes son los responsables, facilitadores y evaluadores del mismo.	25%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de recursos fisicos - comité de bajas	2021-01-01	2021-12-31	Se socializa y se establece como normatividad vigente y sin ninguna modificacion la resolucion 153 de 2007 y manual de procediiento de bajas del año 2012	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Se socializa y se establece como normatividad vigente y sin ninguna modificacion la resolucion 153 de 2007 y manual de procediiento de bajas del año 2012	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Se socializa y se establece como normatividad vigente y sin ninguna modificacion la resolucion 153 de 2007 y manual de procediiento de bajas del año 2012	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	NA	Se socializa y se establece como normatividad vigente y sin ninguna modificacion la resolucion 153 de 2007 y manual de procediiento de bajas del año 2012	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–
				H. 1. Revision de la guía e instrumento de consulta permanente, para los responsables de la administración, custodia, manejo, registro y control de los bienes 2. Fijar el procedimiento para dar de baja de los inventarios los bienes de la Entidad, objeto de destrucción. 3. Reactivacion del Comité de baja de Bienes Muebles de la entidad y sus respectivas funciones	25%		Fisicos humanos y financieros	Jefe de recursos fisicos - comité de bajas	2021-01-01	2021-12-31	Se establecen los procedimientos para dar de baja según resolucion vigente teniendo en cuenta el tipo de bien a dar de baja.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Se establecen los procedimientos para dar de baja según resolucion vigente teniendo en cuenta el tipo de bien a dar de baja.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Se establecen los procedimientos para dar de baja según resolucion vigente teniendo en cuenta el tipo de bien a dar de baja.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	NA	Se establecen los procedimientos para dar de baja según resolucion vigente teniendo en cuenta el tipo de bien a dar de baja.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–
				V. 1. Organización y clasificacion de cada proceso de baja 2. Recopilacion de la informacion suministrada en cada comité realizado 3. Documentacion detallada de los bienes dados de baja para registros contables	25%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de recursos fisicos - comité de bajas	2021-01-01	2021-12-31	Durante la vigencia 2021 se realizan dos comites de bajas basados en procidimiento establecidos en la resolucion 183 de 2007 y lo establecido en el manual de procedimiento para dar bienes de baja del año 2012.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Durante la vigencia 2021 se realizan dos comites de bajas basados en procidimiento establecidos en la resolucion 183 de 2007 y lo establecido en el manual de procedimiento para dar bienes de baja del año 2012.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–	Durante la vigencia 2021 se realizan dos comites de bajas basados en procidimiento establecidos en la resolucion 183 de 2007 y lo establecido en el manual de procedimiento para dar bienes de baja del año 2012.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	NA	Durante la vigencia 2021 se realizan dos comites de bajas basados en procidimiento establecidos en la resolucion 183 de 2007 y lo establecido en el manual de procedimiento para dar bienes de baja del año 2012.	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y documentales	–
				A. 1. Seguimiento periodico a los procedimientos de bajas realizados en la entidad 2. Evaluacion mensual de los inventarios de bienes y de consumo de la entidad 3. Documentacion de la estandarizacion de los procedimientos de bajas para asi intervenir sus falencias y fortalecer los procedimientos de gestion de calidad	25%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de recursos fisicos - comité de bajas	2021-01-01	2021-12-31	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	0%	0%	No se anexan evidencias	–	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	0%	0%	No se anexan evidencias	–	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y actas de comité	NA	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	25%	100%	Se anexan evidencias fotograficas y actas de comité	–
Realizar control yseguimient o a la ejecucion contractual de los suminsitros gestados y supervisados por el area de recursos fisicos para la prestacion de servicios de la instiucion.	Gestion Institucional	proyeccion presupustal anual / ejecucion presupuestal anual	Control, seguimiento y supervision de los contratos, ingresos y egresos mensuales de almacen	P (Metodologia): 1. Identificar numero y objeto de todos los contratos gestados desde la oficina de recursos fisicos 2. Establecer horarios y metodos de recepcion de facturas para su contabilizacion y gestion de pago	30%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de mantenimiento, Subgerencia Cientifica, Recursos fisicos, y almacenista .	2021-01-01	2021-12-31	Durante el primer trimestre se planifican las actividades a desarrollar para la recepcion, almcenamiento, despacho y cobro de cada insumo de los suministrados contratados. 2 Se organizan horarios y formatos de revision semanal para el abastecimietno de los servicios asistenciales de la entidad	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan modelo de formato empleado para la revision semanal de insumos necesarios en cada servicio asistencial	–	Durante el primer trimestre se planifican las actividades a desarrollar para la recepcion, almcenamiento, despacho y cobro de cada insumo de los suministrados contratados. 2 Se organizan horarios y formatos de revision semanal para el abastecimietno de los servicios asistenciales de la entidad	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan modelo de formato empleado para la revision semanal de insumos necesarios en cada servicio asistencial	–	Durante el primer trimestre se planifican las actividades a desarrollar para la recepcion, almcenamiento, despacho y cobro de cada insumo de los suministrados contratados. 2 Se organizan horarios y formatos de revision semanal para el abastecimietno de los servicios asistenciales de la entidad	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan modelo de formato empleado para la revision semanal de insumos necesarios en cada servicio asistencial	NA	Durante el primer trimestre se planifican las actividades a desarrollar para la recepcion, almcenamiento, despacho y cobro de cada insumo de los suministrados contratados. 2 Se organizan horarios y formatos de revision semanal para el abastecimietno de los servicios asistenciales de la entidad	Jefe de Recursos fisicos	30%	100%	Se anexan modelo de formato empleado para la revision semanal de insumos necesarios en cada servicio asistencial	Actividad ejcutada 100% desde el primer trimestre
				H. (Levantamiento de informaciom): 1. Revision, control y seguimiento detallada de la facturacion mensual, segun ejecucion contractual 2. Gestion de ingreso y egresos segun insumos recibidos	40%		Fisicos humanos y financieros	Gerencia, Subdireccion administrativa, Recursos Fisicos, Mantemiento y Almacenista.	2021-01-01	2021-12-31	Se realiza la gestion de recepcion, ingreso y salida de todos los insumos requeridos en la entidad con su respectivo registro en plataforma medisofy y a su vez en los inventario de la Ese Hospital regional del amgdalena medio	Jefe de Recursos fisicos	10%	25%	Se anexan planillas ejemplos de recepcion de medicamentos	–	Durante el segundo trimemtres, se realiza la gestion de recepcion, ingreso y salida de todos los insumos requeridos en la entidad con su respectivo registro en plataforma medisofy y a su vez en los inventario de la Ese Hospital regional del amgdalena medio	Jefe de Recursos fisicos	20%	50%	Se anexan planillas ejemplos de recepcion de medicamentos	–	Durante el tercer trimemtres, se realiza la gestion de recepcion, ingreso y salida de todos los insumos requeridos en la entidad con su respectivo registro en plataforma medisofy y a su vez en los inventario de la Ese Hospital regional del amgdalena medio	Jefe de Recursos fisicos	30%	75%	Se anexan planillas ejemplos de recepcion de medicamentos	NA	Durante el cuarto trimestre, se realiza la gestionde recepcion, ingreso y salida de todos los insumos requeridos en la entidad con su respectivo registro en plataforma medisofy y a su vez en los inventario de la Ese Hospital regional del amgdalena medio	Jefe de Recursos fisicos	40%	100%	Se anexan planillas ejemplos de recepcion de medicamentos	–
				V. (Analisis de informacion): 1. Elaboracion de informe mensual de ingresos, egresos, gastos y donaciones. este informe se radicará en oficina de financiera y subgerencia administrativa. 2. Proyeccion de cuentas parciales a cada contratista para supervision mensual de ejecucion y respectivo pago	20%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Recursos fisicos, Subgerente cientifico y almacenista .	2021-01-01	2021-12-31	Elaboracion de informes mensuales (enero,febrero y marzo) donde se releaciona los saldos de inventarios de consumo según las estadisticas de almacen	Jefe de Recursos fisicos	5%	25%	Se anexa informe emitido a corte marzo 30 del 2022	–	Elaboracion de informes mensuales (abril, mayo, junio) donde se releaciona los saldos de inventarios de consumo según las estadisticas de almacen. Se lleva control mensual de ejecuciion presupustal de cada contrato de suministro	Jefe de Recursos fisicos	10%	50%	Se anexa informe emitido a corte 30 junio del 2022 y se anexa plantilla de control de ejecucion presupuestal	–	Elaboracion de informes mensuales (julio, agosto y septiembre) donde se releaciona los saldos de inventarios de consumo según las estadisticas de almacen. Se lleva control mensual de ejecuciion presupustal de cada contrato de suministro	Jefe de Recursos fisicos	15%	75%	Se anexa informe emitido a corte 30 septiembre del 2022 y se anexa plantilla de control de ejecucion presupuestal	NA	Elaboracion de informes mensuales octubre, noviembre, diciembre) donde se releaciona los saldos de inventarios de consumo según las estadisticas de almacen. Se lleva control mensual de ejecuciion presupustal de cada contrato de suministro	Jefe de Recursos fisicos	20%	100%	Se anexa informe emitido a corte 31 diciembre del 2022 y se anexa plantilla de control de ejecucion presupuestal	–
				A. (Elaboracion de informe gerencial): 1. Elaboracion de informe de cierre de saldos presupuestales donde se evidencie las terminaciones de cada contrato gestado según la normatividad vigente.	10%		Fisicos, Humanos y tecnologicos	Jefe de Recuros Fisicos, Gerencia y subgerecia	2021-01-01	2021-12-31	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	0%	%	No se anexan evidencias	–	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	0%	0%	No se anexan evidencias	–	No se realizan actividades	Jefe de Recursos fisicos	5%	50%	Se anexan liquidaciones y dvoluciones de saldos presupuestales	NA	Se realizan devoluciones de saldos de los contractos a los cuales les quedo presupuesto a la terminacion del contrato	Jefe de Recursos fisicos	10%	100%	Se anexan liquidaciones y dvoluciones de saldos presupuestales	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	SEGURIDAD DEL PACIENTE	% Implementación Paquetes Instruccionales	IMPLEMENTAR EN UN 100% LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	P: Proyectar los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente y la atencion segura al usuario.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	28-2-2022	P: Resolucion 127/2000 adopcion de la politica de seguridad del paciente,Resolucion 116/2000 se crea el comité de seguridad del paciente, Programa de seguridad del paciente GCA-PG001.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	- Resolucion 127/2000 - acta de comite de seguridad del paciente, - plan de implementacion de seguridad del paciente. Evidencia1	–	P: Resolucion 127/2000 adopcion de la politica de seguridad del paciente,Resolucion 116/2000 se crea el comité de seguridad del paciente, Programa de seguridad del paciente GCA-PG001.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan general de seguridad del paciente 2022, Plan de implementacion de paquetes instruccionales, Plan de medicion de adherencia	Se realizo la revision de la politica institucional de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales, el plan de implementacion de la politica de seguridad del paciente apra el 2022, se realizo la socializacion de LAVADO DE MANOS, BIOSEGURIDAD Y LIMPIEZA DE SUPERFICIES, BINOMIO MADRE E HIJO, EVENTOS ADVERSOS.	P: Resolucion 127/2000 adopcion de la politica de seguridad del paciente,Resolucion 116/2000 se crea el comité de seguridad del paciente, Programa de seguridad del paciente GCA-PG001.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Socializacion de la Politica de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales.	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	Resolucion 127/2000 adopcion de la politica de seguridad del paciente,Resolucion 116/2000 se crea el comité de seguridad del paciente, Programa de seguridad del paciente GCA-PG001.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Socializacion de la Politica de seguridad del paciente y los paquetes instrruccionales.	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre
				H: Ejecutar la socializacion de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente febrero 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%		–	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%			Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente - Enero 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		Actividad realizada al 100% desde el segundo trimestre	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente - Enero 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		Actividad realizada al 100% desde el segundo trimestre
				V: Evaluar las estrategias implementadas para la resocializacion de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente.	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	socializacion de paquetes instruccionales Binomio madre e hijo, bioseguridad y limpieza, eventos adversos. Lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	33.33%		–	socializacion de paquetes instruccionales Binomio madre e hijo, bioseguridad y limpieza, eventos adversos. Lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	15%	50%			Socializacion de paquetes instruccionales: atencion a victimas de violencia, Rerefencia Y Contrareferencia.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	30%	100%			Socializacion de paquetes instruccionales: atencion a victimas de violencia, Rerefencia Y Contrareferencia.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	30%	100%		–
				A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	acta de comite de marzo en donde evidencia el avance de la socializacion de los paquetes instruccionales.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	50%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%		–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	SEGURIDAD DEL PACIENTE	% de adherencia al Protocolo de Higiene	PLANEAR EN UN 100% LA ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	P:Estructurar de manera efectiva la adherencia al protocolo de higiene de manos del programa de seguridad del paciente.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	28-2-2022	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente febrero 2022, donde incluye protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	protocolo de higiene de lavado. informe de implementacion del protocolo, Evidencia 2	–	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente febrero 2022, donde incluye protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	protocolo de higiene de lavado. informe de implementacion del protocolo, Evidencia 2	el plan de trabajo de seguridad del paciente 2022 se desarrolla la implementacion del protocolo de lavado de manos y la medicon de adherencia.	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente febrero 2022, donde incluye protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	se realiza medicion de adherencia con un impacto de 90% , sin embargo se plantea la auditoria y medicion para 4to trimestre.	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	Plan de implementacion de paquetes instruccionales aprobado comite de seguridad del paciente febrero 2022, donde incluye protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Auditoria y medicion de adherencia de protocolo de lavado de manos	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre
				H:Plasmar la socializacion del protocolo de higiene de manos del programa de seguridad del paciente.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	se realiza informe de socializacion del protocolo de higuene de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		–	se realiza informe de socializacion del protocolo de higuene de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%			se realiza informe de socializacion del protocolo de higuene de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%			se realiza informe de socializacion del protocolo de higuene de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		–
				V:Evaluar la adherencia del protocolo de higiene de lavado de manos del programa de seguridad del paciente.	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	planteamiento de medicion de adherencia2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	33.3%		–	planteamiento de medicion de adherencia2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	15%	50%			se realiza la medicion de adherencia al protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	22.5%	75%			se realiza la medicion de adherencia al protocolo de lavado de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	35%	100%		–
				A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	informe de socializacion de protocolo de higiene de manos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	50%			Realizar la reevaluacion de medicion de adherencia	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%			Realizar la reevaluacion de medicion de adherencia	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	100%		–
Optimizar la adherencia de los paquetes instruccionales al personal de la institcion y a su vez aplicarlo en la atencion en salud de una manera holisitca y de calidad.	Programa de Seguridad del Paciente	(Estrategias implementadas en los paquetes instruccionales / total paquetes instruccionales de la E.S.E.) *100	REFORZAR EN UN >80% DEL PERSONAL ASISTENCIAL LOS CONOCIMIENTOS DEL CALENDARIO DE SALUD.	P:Definir de manera clara y concisa el calendario de salud y los instrumentos para la medicion de adherencia de los paquetes instruccionales de acuerdo a la reglamentacaion establecida para tal proposito	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	28-2-2022	planteamiento de medicion de adherencia2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan de medicion de adherencia 2022 y cultura de seguridad del paciente. Evidencia 3	–	planteamiento de medicion de adherencia2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan de medicion de adherencia 2022 y cultura de seguridad del paciente. Evidencia 3	se realiza el plan de medicion de adherencia 2022. en donde se evalua la cultura de seguridad del paciente	Planteamiento de las socializaciones de paquetes instruccionales y campañas de autocuidado	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Socializacion de paquetes instruccionales y campañas de autocuidado	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	Planteamiento de las socializaciones de paquetes instruccionales y campañas de autocuidado	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Socializacion de paquetes instruccionales	Actividad ejecutada al 100% desde el primeer trimestre
				H: Hacer la medicion de adherencia de los paquetes instruccionales deacuerdo al calendario establecido	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	medicion de adherencia a cultura de segguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	12.5%		–	medicion de adherencia a cultura de segguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	12.5%			se realiza las socializaciones de autocuiodado según el calendario de salud.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%			se realiza las socializaciones de autocuiodado según el calendario de salud.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		–
				V: socializar de los resultados de las medicion de adherencia de los paquetes instruccionales planteados y asi tomar medidas ante lo encontrado.	30%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	informe de medicion de adherencia cultura de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	17%		–	informe de medicion de adherencia cultura de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	17%			evidencia de las socializaciones de autocuidado	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	15%	50%			evidencia de las socializaciones de autocuidado	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%		–
				A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	tomar acciones dentro de los comites que determinen las mejoras en al atencion- actas de comité de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	50%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	100%		–
Optimizar la adherencia de los paquetes instruccionales al personal de la institcion y a su vez aplicarlo en la atencion en salud de una manera holisitca y de calidad.	Programa de Seguridad del Paciente	(Estrategias implementadas en los paquetes instruccionales / total paquetes instruccionales de la E.S.E.) *100	IDENTIFICAR EN UN >80% LAS LISTAS DE CHEQUEO DE LOS PAQUETES INSTRUCCIONALES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.	P: Identificar las acciones por medio de las listas de chequeo de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	28-2-2022	Generar el pllan de trabajo de seguridad del paciente 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan de trabajo de seguridad del paciente 2022 evidencia 4	–	Generar el pllan de trabajo de seguridad del paciente 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan de trabajo de seguridad del paciente 2022 evidencia 4	plan de trabajo de seguridad del paciente 2022	Generar el pllan de trabajo de seguridad del paciente 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Acta de ronda de seguridad del paciente de 3 trimestre. Pendiente ronda del 4to trimestre	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	Generar el pllan de trabajo de seguridad del paciente 2022	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Medicion de adherencia de los paquetes instruccionales.	Actividad ejecutada al 100% desde el primeer trimestre
				H:Ejecutar las estrategias definidas por medio de los paquetes instruccionales del programa de seguridad del paciente.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	realizar rondas de seguridad en los servicios asistenciales. Se delimitara 1 servicio critico por trimestre	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	25%		–	realizar rondas de seguridad en los servicios asistenciales. Se delimitara 1 servicio critico por trimestre	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%			realizar rondas de seguridad en los servicios asistenciales. Se delimitara 1 servicio critico por trimestre	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	30%	75%			realizar rondas de seguridad en los servicios asistenciales y medicion de adherencia	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	40%	100%		–
				V: Medir las estrategias ejecutadas por medio las listas de chequeo de los paquetes instruccionales del programa de seguridad delpaciente y a su vez de la atencion segura.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	evaluar trimestralmente el seguimiento a las rondas de seguridad de los servicios identificados como criticos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%		–	evaluar trimestralmente el seguimiento a las rondas de seguridad de los servicios identificados como criticos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%			evaluar trimestralmente el seguimiento a las rondas de seguridad de los servicios identificados como criticos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	15%	75%			evaluar la adherencia de los paquetes instruccionales presentando informe.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	30%	100%		–
				A: Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	19-1-2022	17-12-2022	generar informe de seguridad barreras de seguridad de los serviicos criticos en comité de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	100%		–
				P: proyectar el programa de control de infecciones intrahospitalarias y manejo de infecciones	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	19-1-2022	28-2-2022	se crea el comité de infecciones del hospital regional del magdalena medio	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%		–	se crea el comité de infecciones del hospital regional del magdalena medio	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%			se crea el comité de infecciones del hospital regional del magdalena medio	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%		Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	se crea el comité de infecciones del hospital regional del magdalena medio	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%		Actividad realizada al 100% desde el primer trimestre

Optimizar la adherencia de los paquetes instruccionales al personal de la institcion y a su vez aplicarlo en la atencion en salud de una manera holisitca y de calidad.	Programa de Seguridad del Paciente	(Acciones propuestas / total paquetes instruccionales de la E.S.E.) *100	IDENTIFICAR Y EVALUAR EL RIESGO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS BASADAS EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD.	H: Hacer seguimiento a las acciones propuestas para prevenir infecciones intrahospitalarias basadas en los paquetes instruccionales.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	19-1-2022	17-12-2022	socilalizacion de los protocolos de bioseguridad, asilamiento y demas que garanticen la capacitacion al personal	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%	socializacion del protocolo de bioseguridad evidencia 5	–	socilalizacion de los protocolos de bioseguridad, asilamiento y demas que garanticen la capacitacion al personal	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%	protocolo de bioseguridad y comité de infecciones evidencia 5	se realiza el plan de trabajo de seguridad del paciente en el cual se plantea la socializacion de protocolo de bioseguridad, protocolo de limpieza y desinfeccion.	socilalizacion de los protocolos de bioseguridad, asilamiento y demas que garanticen la capacitacion al personal	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	30%	75%	Actas de comité de infecciones con analisis de indicadores IAS		analisis de los casos reportardos e incidencia riesgo de infecciones en la institucion	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	50%	100%	Actas de comité de infecciones con analisis de indicadores IAS	–
				V: Monitorear las acciones propuestas para prevenir infecciones intrahospitalarias en los manuales o protocolos establecidos de la seguridad del paciente	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	19-1-2022	17-12-2022	realizar monitoreo de los casos reportados y analisis	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%		–	realizar monitoreo de los casos reportados y analisis	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%			realizar monitoreo de los casos reportados y analisis	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	15%	75%			monitoreo de control de infecciones IAAS en la institucion	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	70%		–
				A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	19-1-2022	17-12-2022	tomar acciones dentro de los comites que determinen las mejoras en el proceso	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	7.5%	75%			No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%		–
Optimizar la adherencia de los paquetes instruccionales al personal de la institcion y a su vez aplicarlo en la atencion en salud de una manera holisitca y de calidad.	Programa de Seguridad del Paciente- Coordinacion de enfermeria	(total de evaluaciones aprobadas / total de evaluaciones realizadas) *100	IMPLEMENTAR CHECKLIST DE INDUCCION AL PERSONAL ASISTENCIAL DE ENFERMERIA.	P: Identificar el deficit en la induccion del personal asistencial de enfermeria para el ingreso a la institucion.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Coordinacion de enfermeria	19-1-2022	28-2-2022	plan de implementacion de paquetes de seguridad del paciente	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan general de seguridad del paciente 2022	–	plan de implementacion de paquetes de seguridad del paciente	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	plan general de seguridad del paciente 2022	–	plan de implementacion de paquetes de seguridad del paciente	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	100%	100%	se realizo la induccion al personal asistencial SSO. Ingreso a la institucion.	Actividad realizada al 100% desde el primeer trimestre	Evaluar la induccion del personal asistencial para el ingreso a la institucion.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	100%	evaluacion e informe de induccion y reinduccion.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: Ejecutar las medidas necesarias para la implementacion del checklist de induccion al personal asistencial de enfermeria.	40%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Coordinacion de enfermeria	19-1-2022	17-12-2022	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	Se eejcuaron las medidas necesarias para la implementacion del checklist de induccion al personal asistencial de enfermeria SSO.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	50%			Realizar un test para evaluar los conocimientos y normatividad institucional.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	60%	100%		–
				V: Evaluar los conocimientos adquiridos del personal asistencial de enfermeria por medio del ckeclist de induccion.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Coordinacion de enfermeria	19-1-2022	17-12-2022	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	Se evaluaron los conocimientos adquiridos del personal asistencial de enfermeria SSO por medio del ckeclist de induccion.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%			Verificar una aprobacion de 90% de los encuestados	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%		–
				A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	20%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Coordinacion de enfermeria	19-1-2022	17-12-2022	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	–	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	0%	0%		–	A:Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	5%	50%			Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	100%		–
Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	% Satisfacción al usuario	Medir el nivel de satifaccion de los usurarios según el area de atencion.	P: Definir la planeación para el despliegue de la evaluación de satisfacción del usuario se debe hacer de forma dirigida, es decir, brindando la opción al usuario de explicarle, en caso de existir dudas. Se recogerá la información a través de medios tecnológicos, telefónicos y presenciales.	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	La planeación utilizada en el primer trimestre del 2022 fue: continuidad en la implementación de la encuesta de satisfacción, a través de plataforma digital la cual permite consolidar de manera rápida y oportuna la información. Así como, garantizar la optimización del papel. Y así mismo, la realización del informe de satisfacción SIAU para su socialización.	SIAU	2.5%	25%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del primer trimestre del año 2022 ; enero , febrero , marzo.	–	1. La planeación utilizada en el segundo trimestre del 2022 fue: continuidad en la aplicación de la encuesta de satisfacción, a través de plataforma digital y telefónica, la cual permite consolidar de manera rápida y oportuna la información. Así como, garantizar la optimización del papel. Y así mismo, la realización del informe de satisfacción mensual, trimestral, semestral y anual.	SIAU	5%	50%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion delsegundotrimestre del año 2022 ; ABRIL, MAYO Y JUNIO	–	1. La planeación utilizada en el tercer trimestre del 2022 fue: continuidad en la aplicación de la encuesta de satisfacción, a través de plataforma digital y telefónica, la cual permite consolidar de manera rápida y oportuna la información. Así como, garantizar la optimización del papel. Y así mismo, la realización del informe de satisfacción mensual, trimestral, semestral y anual.	SIAU	7.5%	75%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del Tercer trimestre del año 2022 ; JULIO , AGOSTO Y SEPTIEMBRE	No aplica	La planeación utilizada en el cuarto trimestre del 2022 fue: Se cumple con la realización informe de anual de satisfacción.	SIAU	10%	100%	Se ajjuntan informes mensuales de sastiafaccion del cuarto trimestre del año 2022 ; OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	–
				H: Aplicación de encuestas mensual de satisfacción de la población atendida por servicio: Área de Urgencias, Vacunación COVID, hospitalización COVID, consulta externa, ginecobstetricia, laboratorio, imagenologia, servicio de cirugía, hospitalización (adulto, pediatria y neonatal) y transporte asistencia. En sentido, para que la muestra sea significativa se tomará el 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área.	50%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Teniendo en cuenta el ingreso fluido de nuestros usuarios, continuamos con la aplicación de la encuesta de satisfacción en los diferentes servicios de la institución como: Vacunación COVID, hospitalización COVID, consulta externa, ginecobstetricia, laboratorio, imagenologia, servicio de cirugía, hospitalización (adulto, pediatría y neonatal) y transporte asistencia, esto con la muestra significativa del 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área. Por otro lado se informa la participación del área de EXPERIENCIA en la aplicación de encuentras de satisfacción en momento real al egreso de los pacientes.	SIAU	12.5%	25%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del primer trimestre del año 2022 ; enero , febrero , marzo.	–	2. Teniendo en cuenta el ingreso fluido de nuestros usuarios, continuamos con la aplicación de la encuesta de satisfacción en los diferentes servicios de la institución como: Vacunación COVID, hospitalización COVID, consulta externa, ginecobstetricia, laboratorio, imagenologia, servicio de cirugía, hospitalización (adulto, pediatría y neonatal) y transporte asistencia, esto con la muestra significativa del 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área. Por otro lado se informa la participación del área de EXPERIENCIA en la aplicación de encuentras de satisfacción en momento real al egreso de los pacientes.	SIAU	25%	50%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del segundo trimestre del año 2022 ; ABRIL, MAYO Y JUNIO	–	2. Teniendo en cuenta el ingreso fluido de nuestros usuarios, continuamos con la aplicación de la encuesta de satisfacción en los diferentes servicios de la institución como: Vacunación COVID, Área respiratoria, consulta externa, ginecobstetricia, laboratorio, imagenologia, servicio de cirugía, hospitalización (adulto, pediatría y neonatal) y transporte asistencia, esto con la muestra significativa del 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área. Por otro lado, se informa la participación del área de EXPERIENCIA en la aplicación de encuentras de satisfacción en momento real al egreso de los pacientes.	SIAU	37.5%	75%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del tercer trimestre del año 2022 ; JULIO , AGOSTO Y SEPTIEMBRE	No aplica	Teniendo en cuenta el ingreso fluido de nuestros usuarios, se continuo con la aplicación de la encuesta de satisfacción en los diferentes servicios de la institución con el objetivo de hacer cierre anual, en las áreas como: Vacunación COVID, Área respiratoria, consulta externa, ginecobstetricia, laboratorio, imagenologia, servicio de cirugía, hospitalización (adulto, pediatría y neonatal) y transporte asistencia, esto con la muestra significativa del 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área. Por otro lado, se informa la participación del área de EXPERIENCIA en la aplicación de encuentras de satisfacción en momento real al egreso de los pacientes.	SIAU	50%	100%	Se adjuntan informes mensuales de sastiafaccion del cuarto trimestre del año 2022 ; OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	–
				V:Verificar el informe y análisis correspondiente con periodicidad mensual, proyectando el plan de mejoramiento, así como el monitoreo ante su cumplimiento.	20%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se da continuidad a los procesos establecidos para socializar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en cada mes, de igual manera con los planes de mejora estipulados por mes.	SIAU	5%	25%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del primer trimestre del año 2022 ; enero , febrero , marzo	–	3. Se da continuidad a los procesos establecidos para socializar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en cada mes, de igual manera con los planes de mejora estipulados por mes.	SIAU	10%	50%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion delsegundo trimestre del año 2022 ;ABRIL, MAYO Y JUNIO	–	3. Se da continuidad a los procesos establecidos para socializar el nivel de satisfacción de los usuarios atendidos en cada mes, de igual manera con los planes de mejora estipulados por mes.	SIAU	15%	75%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del tercer trimestre del año 2022 ;JULIO , AGOSTO Y SEPTIEMBRE	No aplica	Se socializa en el comité SIAU la satisfacción anual de los usuarios atendidos en cada mes, de igual manera con los planes de mejora estipulados.	SIAU	20%	100%	Se adjuntan informes mensuales de sastiafaccion del cuarto trimestre del año 2022 ; OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	–
				V. Generar consolidado anual de satisfacción del usuario con nivel de satisfacción global, por servicios, anual y estado final de planes de mejoramiento. Socializar en el comité de SIAU los resultados del informe, nivel global de satisfacción, satisfacción por servicios y por variables, fortalezas, debilidades, recomendaciones.	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realiza informe de consolidación del nivel de satisfacción mensual y semestral	SIAU	2.5%	25%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del primer trimestre del año 2022 ; enero , febrero , marzo	–	4. Se realiza informe de consolidación del nivel de satisfacción mensual, semestral Y anual.	SIAU	5%	50%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion delsegundo trimestre del año 2022 ;ABRIL, MAYO Y JUNIO	–	4. Se realiza informe de consolidación del nivel de satisfacción mensual, semestral y anual.	SIAU	7.5%	75%	Se abjuntan informes mensuales de sastiafaccion del tercer trimestre del año 2022 ;JULIO , AGOSTO Y SEPTIEMBRE	No aplica	Se realiza informe de consolidación del nivel de satisfacción anual.	SIAU	10%	100%	Se adjuntan informes mensuales de sastiafaccion del del cuarto trimestre del año 2022 ; OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	–
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se realizó la socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicadas en los meses de enero febrero y marzo correspondientes al primer trimestre.	SIAU	2.5%	25%	Se acjunta acta de comité SIAU del mes de enero , febrero y marzo	–	5. Se realizó la socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicadas en los meses de abril, mayo y junio del 2022 correspondientes al segundo trimestre	SIAU	5%	50%	Se acjunta acta de comité SIAU del mes de ABRIL, MAYO Y JUNIO	–	5. Se realizó la socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicadas en los meses de Julio, agosto y septiembre del 2022 correspondientes al tercer trimestre	SIAU	7.5%	75%	Se acjunta acta de comité SIAU del mes de JULIO , AGOSTO Y SEPTIEMBRE	No aplica	Se realizó la socialización de los resultados de la encuesta de satisfacción aplicadas en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2022 correspondientes al cuarto trimestre.	SIAU	10%	100%	Se adjunta acta de comité SIAU del mes de OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	–
Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	%capacitaciones realizadas	Despliegue de plan de capacitación y sensibilización	P: Definir la planeación para el despliegue y realización de talleres informativos y capacitaciones de autocuidado, humanización y demás relacionados con la atención al usurio y deberes y derechos , de igual manera generar espacios de socializacion de oferta de servicios en atencion a especialidades y convenios con etidades prestadoras de salud con la asociacion de usuarios E.S.E HRMM vigente (1 trimestralmente)	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se ejecutó la planeación programada para el primer trimestre del 2022, tales como: Capacitación orientada a la atención humanizada al personal de salud interno liderada por el área de talento humano, con el apoyo del área de experiencia SIAU, al igual que socialización de derechos y deberes al personal interno y externo y adicionalmente taller informativo de prevención COVID-19 y autocuidado.	SIAU	2.5%	25%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, Plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el primer trimestre 2022	–	1. Se ejecutó la planeación programada para el segundo trimestre del 2022, tales como: socialización de derechos y deberes al personal interno de manera trimestral y externo de manera mensual; taller informativo sobre ¿qué es el SIAU? Al personal interno y externo 1 por cada trimestre; se realiza el segundo taller informativo en sala de espera a los usuarios en tema relacionados con el uso de la tecnología y pagina WEB de la institución con respecto a la información y recepción de PQRS; se continua realizando de manera trimestral reunión con la alianza de los usuarios de la E.S.E HRMM ; se continua interviniendo de manera bimestral a los usuarios sobre la cultura de bienestar y salud en relación en conductas de autocuidado del COVID -19 y completar el esquema de vacunación y finalmente se continua en la orientación en el servicio de gineceo pediatría la importancia de la vinculación a un servicio de salud Y gestión de registro civil de nacidos vivos y comunidad en general.	SIAU	5%	50%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, Plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el segundo trimestre 2022	–	6. Se ejecutó la planeación programada para el tercer trimestre del 2022, tales como: socialización de derechos y deberes al personal interno de manera trimestral y externo de manera mensual; taller informativo sobre ¿qué es el SIAU? Al personal interno y externo 1 por cada trimestre; se realiza el segundo taller informativo en sala de espera a los usuarios en tema relacionados con el uso de la tecnología y pagina WEB de la institución con respecto a la información y recepción de PQRS; se continua realizando de manera trimestral reunión con la alianza de los usuarios de la E.S.E HRMM ; se continua interviniendo de manera bimestral a los usuarios sobre la cultura de bienestar y salud en relación en conductas de autocuidado del COVID -19 y completar el esquema de vacunación y finalmente se continua en la orientación en el servicio de gineceo pediatría la importancia de la vinculación a un servicio de salud Y gestión de registro civil de nacidos vivos y comunidad en general.	SIAU	7.5%	75%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, Plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el tercer trimestre 2022	No aplica	Se ejecutó la planeación programada para el cuarto trimestre del 2022, tales como: socialización de derechos y deberes al personal interno de manera trimestral y externo de manera mensual; taller informativo sobre ¿qué es el SIAU? Al personal interno y externo 1 por cada trimestre; se realiza el segundo taller informativo en sala de espera a los usuarios en tema relacionados con el uso de la tecnología y pagina WEB de la institución con respecto a la información y recepción de PQRS; se continua realizando de manera trimestral reunión con la alianza de los usuarios de la E.S.E HRMM ; se continua interviniendo de manera bimestral a los usuarios sobre la cultura de bienestar y salud en relación en conductas de autocuidado del COVID -19 y completar el esquema de vacunación y finalmente se continua en la orientación en el servicio de gineceo pediatría la importancia de la vinculación a un servicio de salud Y gestión de registro civil de nacidos vivos y comunidad en general.	SIAU	10%	100%	Se adjunta evidencias de registro de material fotográfico, Plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el cuarto trimestre 2022	–
				H: Realizar cronograma de trabajo para el despliege de las capacitaciones a usuarios internos y externos de la ESE en cada servicio	50%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se siguen implementando de manera diaria , mensual, bimestral, trimestral la metodología de talleres informativos , con relación a la socializa derechos y deberes institucionales al cliente interno y externo que visita el hospital, Talleres bimestralmente de comunicación e información a los usuarios al momento dl ingreso a la institución en temas preventivos del virus COVID 19 y conductas de autocuidados , talleres bimestrales informativos a la comunidad que ingrese a recibir los servicios en salud en cuanto a la importancia de recibir la vacuna contra el virus covid -19, y completar el esquema de vacunación , Se Seguirá orientando desde el Sistema de Información y Atención al Usuario a las madres gestantes posterior a su proceso de parto , ante la importancia de registrar a los menores antes del egreso de la institución . (Actividad que se realizara de manera diaria en los servicios de hospitalización ginecología), Ejecutar actividades de promoción y prevención a través de la socialización de ruta de atención a víctimas de violencia sexual y física , según la resolución , temas relacionados con el uso de la tecnología y pag . Web de la institución en información y la recepción de PQR , Divulgación de los espacios de participación social que permita la vinculación de nuevos integrantes a la Asociación de usuarios de la ESE , realización de 4 talleres con Alianza de los Usuarios de E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio. con el propósito de dar a conocer el cumplimiento de las normas estipuladas. Adicionalmente, se realizan entrega de folletos , infografías y charla de sensibilización acerca de la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en las diversas áreas del hospital , se hace entrega de plegables informativos .	SIAU	12.5%	25%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el primer trimestre 2022	–	7. Se siguen implementando de manera diaria , mensual, bimestral, trimestral la metodología de talleres informativos , con relación a la socializa derechos y deberes institucionales al cliente interno y externo que visita el hospital , Talleres bimestralmente de comunicación e información a los usuarios al momento dl ingreso a la institución en temas preventivos del virus COVID 19 y conductas de autocuidados , talleres bimestrales informativos a la comunidad que ingrese a recibir los servicios en salud en cuanto a la importancia de recibir la vacuna contra el virus covid-19, y completar el esquema de vacunación , Se Seguirá orientando desde el Sistema de Información y Atención al Usuario a las madres gestantes posterior a su proceso de parto , ante la importancia de registrar a los menores antes del egreso de la institución. (Actividad que se realizara de manera diaria en los servicios de hospitalización ginecología), Ejecutar actividades de promoción y prevención a través de la socialización de ruta de atención a víctimas de violencia sexual y física , según la resolución, temas relacionados con el uso de la tecnología y pag . Web de la institución en información y la recepción de PQR , Divulgación de los espacios de participación social que permita la vinculación de nuevos integrantes a la Asociación de usuarios de la ESE, realización de 4 talleres con Alianza de los Usuarios de E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio. con el propósito de dar a conocer el cumplimiento de las normas estipuladas . Adicionalmente, se realizan entrega de folletos , infografías y charla de sensibilización acerca de la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en las diversas áreas del hospital , se hace entrega de plegables informativos .	SIAU	25%	50%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el segundo trimestre 2022	–	7. Se siguen implementando de manera diaria , mensual, bimestral, trimestral la metodología de talleres informativos , con relación a la socializa derechos y deberes institucionales al cliente interno y externo que visita el hospital , Talleres bimestralmente de comunicación e información a los usuarios al momento dl ingreso a la institución en temas preventivos del virus COVID 19 y conductas de autocuidados , talleres bimestrales informativos a la comunidad que ingrese a recibir los servicios en salud en cuanto a la importancia de recibir la vacuna contra el virus covid -19, y completar el esquema de vacunación, Se Seguirá orientando desde el Sistema de Información y Atención al Usuario a las madres gestantes posterior a su proceso de parto , ante la importancia de registrar a los menores antes del egreso de la institución . (Actividad que se realizara de manera diaria en los servicios de hospitalización ginecología), Ejecutar actividades de promoción y prevención a través de la socialización de ruta de atención a víctimas de violencia sexual y física, según la resolución , temas relacionados con el uso de la tecnología y pag . Web de la institución en información y la recepción de PQR , Divulgación de los espacios de participación social que permita la vinculación de nuevos integrantes a la Asociación de usuarios de la ESE, realización de 4 talleres con Alianza de los Usuarios de E.S.E Hospital Regional del Magdalena Medio. con el propósito de dar a conocer el cumplimiento de las normas estipuladas. Adicionalmente, se realizan entrega de folletos , infografías y charla de sensibilización acerca de la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en las diversas áreas del hospital , se hace entrega de plegables informativos.	SIAU	37.5%	75%	Se abjunta evidencias de registro de material fotográfico, plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el tercer trimestre 2022	No aplica	Se siguen implementando la metodología de talleres informativos , con relación a la socializa derechos y deberes institucionales al cliente interno y externo , Talleres de comunicación e información a los usuarios en temas preventivos del virus COVID 19 y conductas de autocuidados , talleres informativos a la comunidad a los usuarios en cuanto a la importancia de recibir la vacuna contra el covid-19, Se Seguirá orientando desde el SIAU a las madres gestantes, ante la importancia de registrar a los menores antes del egreso de la institución . Ejecutar actividades de promoción y prevención a través de la socialización de ruta de atención a víctimas de violencia sexual y física , temas relacionados con el uso de la tecnología y pag . Web de la institución en información y la recepción de PQR, Divulgación de los espacios de participación social que permita la vinculación de nuevos integrantes a la Asociación de usuarios de la ESE , realización de 4 talleres con Alianza de los Usuarios de E.S.E HRMM con el propósito de dar a conocer el cumplimiento de las normas estipuladas . Adicionalmente, se realizan entrega de folletos , infografías y charla de sensibilización acerca de la importancia del cumplimiento de los protocolos de bioseguridad en las diversas áreas del hospital , se hace entrega de plegables informativos.	SIAU	50%	100%	Se adjunta evidencias de registro de material fotográfico, plantillas de asistencia del actividades ejecutadas en el cuarto trimestre 2022	–
				V:Verificar el despliegue de información y tomar registro fotográfico y planilla de asistencia a fin de calcular la población informada.	20%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2022	Se adjunta la evidencia del cronograma de actividades proyectadas durante el año electo 2022	SIAU	5%	25%	Cronograma de actidades	–	8. Se adjunta la evidencia del cronograma de actividades proyectadas durante el año electo 2022.	SIAU	10%	50%	Cronograma de actidades	–	8. Se adjunta la evidencia del cronograma de actividades proyectadas durante el año electo 2022.	SIAU	15%	75%	Cronograma de actidades	No aplica	Se adjunta la evidencia del cronograma de actividades proyectadas durante el año electo 2022.	SIAU	20%	25%	Cronograma de actidades	–
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se generó cronograma para la revisión de actividades ante el jefe inmediato (DR. Marlon Zapata) a fin de evaluar dichas actividades en el año electo 2022.	SIAU	2.5%	25%	En revision	–	9. Se generó revisión de actividades ante el jefe inmediato (DR. Marlon Zapata) a fin de evaluar dichas actividades en el año electo 2022.	SIAU	5%	50%	Pendiente por visto	–	9. Se generó revisión de actividades ante el jefe inmediato (DR. Marlon Zapata) a fin de evaluar dichas actividades en el año electo 2022.	SIAU	7.%	75%	Revision	No aplica	Se generó revisión de actividades ante el jefe inmediato (DR. Marlon Zapata) a fin de evaluar dichas actividades en el año electo 2022.	SIAU	10%	25%	Revision	–
Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	% implementación rutas definidas	Participacion de comites SIAU y de abuso sexual.	P: Definir la planeación para la Activación y atención de ruta de abuso sexual a niños, niñas, adolescentes y adultos.	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se sigue dando continuidad en la participación de comités de Activación de Ruta PABS, con el fin de socializar casos e intervención en la Institución HRMM 1. Enero: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. Febrero: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. Marzo: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. De igual manera de realizo socialización de ruta interna en manejo al protocolo de atención a víctimas de abuso sexual, establecido por el ministerio de salud, con el personal asistencial.	PSICOLOGIA	2.5%	25%	Se abjunta evdencia de asistencia en comité de abuso sexual , primer trimestre	–	Se sigue dando continuidad en la participación de comités de Activación de Ruta PABS, con el fin de socializar casos e intervención en la Institución HRMM 1. ABRIL: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. MAYO: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. JUNIO: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. Se revisó ruta de atención intersectorial para el abordaje integral de las violencias por razones de sexo y genero de las mujeres, nulas, niños y adolescentes del distrito de Barrancabermeja, por tanto se espera la actualización de la ruta según lo establecido en	PSICOLOGIA	5%	50%	Se abjunta evdencia de asistencia en comité de abuso sexual ,segundo trimestre	–	10. Se sigue dando continuidad en la participación de comités de Activación de Ruta PABS, con el fin de socializar casos e intervención en la Institución HRMM 1. JULIO: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. AGOSTO: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. SEPTIEMBRE: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud.	PSICOLOGIA	7.5%	75%	Se abjunta evdencia de asistencia en comité de abuso sexual	No aplica	Se sigue dando continuidad en la participación de comités de Activación de Ruta PABS, con el fin de socializar casos e intervención en la Institución HRMM 1. OCTUBRE: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. NOVIEMBRE: Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud. 2. DICIEMBRE Socialización de casos atendidos con ICBF, fiscalía, policía de infancia, comisaria y secretaria de salud.	PSICOLOGIA	10%	25%	Se adjunta evdencia de asistencia en comité de abuso sexual ,cuarto trimestre	–
				H: Registro de rutas ejecutadas y/o usuarios atendidos. Y Socialización de cumplimiento de rutas de abuso sexual y registro de usuarios a sivigila según sea el caso, lo anterior se realizara con acompañamiento de entes como: Fiscalía, comisaria, ICBF, policía de infancia y secretaria de salud.	50%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Casos remitidos por entidades externas Enero fiscalía:3 Febrero fiscalía: 4 Marzo fiscalía: 1 Enero ICBF: 15 Febrero ICBF:22 Marzo ICBF: 21	PSICOLOGIA	12.5%	25%	Se abjunta evidencia de consolidado	–	11. Casos remitidos por entidades externas ABRIL fiscalía: 0 MAYO fiscalía: 1 JUNIO fiscalía: 2 ABRIL ICBF: 20 MAYO ICBF: 23 JUNIO ICBF: 12	PSICOLOGIA	25%	50%	Se abjunta evidencia de consolidado	–	11. Casos remitidos por entidades externas JULIO: fiscalía: 3 AGOSTO: fiscalía: 2 SEPTIEMBRE: fiscalía: 3 JULIO: ICBF: 14 AGOSTO: ICBF: 11 SEPTIEMBRE ICBF: 19	PSICOLOGIA	37.5%	75%	Se abjunta evidencia de consolidado	No aplica	Casos remitidos por entidades externas OCTUBRE: Fiscalía 7 NOVIEMBRE: Fiscalía 2 DICIEMBRE Fiscalía 2 OCTUBRE: ICBF 15 NOVIEMBRE: ICBF 11 DICIEMBRE : ICBF 16	PSICOLOGIA	50%	25%	Se adjunta evidencia de consolidado	–
				V:Verificación de la información y registro de usuarios atendidos por mes.	20%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Casos atendidos todas las causas Enero: Febrero: Marzo:	PSICOLOGIA	5%	25%	Se abjunta evidencia de consolidado	–	12. Casos atendidos todas las causas ABRIL: 22 MAYO: 27 JUNIO:17	PSICOLOGIA	10%	50%	Se abjunta evidencia de consolidado	–	12. Casos atendidos todas las causas JULIO: 20 AGOSTO: 15 SEPTIEMBRE: 24	PSICOLOGIA	15%	75%	Se abjunta evidencia de consolidado	No aplica	Casos atendidos todas las causas OCTUBRE: 28 NOVIEMBRE: 22 DICIEMBRE 13	PSICOLOGIA	20%	25%	Se adjunta evidencia de consolidado	–
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se realizó socialización de ruta interna en manejo al protocolo de atención a víctimas de abuso sexual, establecido por el ministerio de salud, con el personal asistencial.	PSICOLOGIA	2.5%	25%	Se abjunta acta de reunion , formato de aisstencia	–	13. Se revisó ruta de atención intersectorial para el abordaje integral de las violencias por razones de sexo y genero de las mujeres, nulas, niños y adolescentes del distrito de Barrancabermeja, por tanto se espera la actualización de la ruta según lo establecido en el decreto 300 del 2021.	PSICOLOGIA	5%	50%	Se abjunta acta de reunion , formato de aisstencia	–	13. Se revisó ruta de atención intersectorial para el abordaje integral de las violencias por razones de sexo y genero de las mujeres, nulas, niños y adolescentes del distrito de Barrancabermeja, realizando la socialización al personal asistencial del HRMM en el tercer trimestre del año en curso.	PSICOLOGIA	7.5%	75%	Se abjunta acta de reunion , formato de aisstencia	No aplica	Se revisó ruta de atención intersectorial para el abordaje integral de las violencias por razones de sexo y genero de las mujeres, Niñas, niños y adolescentes del distrito de Barrancabermeja, realizando la socialización al personal asistencial del HRMM en el cuarto trimestre del año en curso.	PSICOLOGIA	10%	25%	Se adjunta acta de reunion , formato de aisstencia	–
				P: Ejecutar proceso de valoración en estrés laboral a personal asistencial; en áreas de urgencias COVID, hospitalización COVID, medicina interna, ginecología, pediatría y urgencias tritmestralmente.	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Según la resolución 3100 en salud mental se llevó a cabo la primera aplicación de prueba psicológica para estrés laboral, a personal asistencial del HRMM	PSICOLOGIA	2.5%	25%	Se abjunta pantallazo de test laboral aplicado	–	14. Según la resolución 3100 en salud mental se llevó a cabo la segunda aplicación de prueba psicológica para estrés laboral, a personal asistencial del HRMM.	PSICOLOGIA	5%	50%	Se abjunta pantallazo de test laboral aplicado	–	14. Según la resolución 3100 en salud mental se llevó a cabo la segunda aplicación de prueba psicológica para estrés laboral, a personal asistencial del HRMM.	PSICOLOGIA	7.5%	75%	Se abjunta pantallazo de test laboral aplicado	No aplica	Según la resolución 3100 en salud mental se llevó a cabo la segunda aplicación de prueba psicológica para estrés laboral, a personal asistencial del HRMM.	PSICOLOGIA	10%	100%	Se adjunta pantallazo de test laboral aplicado	–

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	% de atención	Realizar pretest y postest a personal asistencial de la E.S.E. Hospital Regional del Magdalena Medio conforme a la ley 3100, con relación al estado de salud mental y actividades relacionadas al mismo.	H: Consolidar información de personal asistencial valorado y actividades ejecutadas.	50%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se realiza la aplicación del test del estrés laboral a 59 participantes del área asistencial del HRMM, de las diferentes servicios de la institución.	PSICOLOGIA	12.5%	25%	Se abjunta graficas de resultados obtenidos de las pruebas aplicadas	_	15. Se realiza la aplicación del test del estrés laboral en el segundo trimestre a 47 participantes del área asistencial del HRMM, de las diferentes servicios de la institución.	PSICOLOGIA	25%	50%	Se abjunta graficas de resultados obtenidos de las pruebas aplicadas	_	15. Se realiza la aplicación del test del estrés laboral en el tercer trimestre a 25 participantes del área asistencial del HRMM, de los diferentes servicios de la institución.	PSICOLOGIA	37.5%	75%	Se abjunta graficas de resultados obtenidos de las pruebas aplicadas	No aplica	Se realiza la aplicación del test del estrés laboral en el cuarto trimestre del 2022 a 43 participantes del área asistencial del HRMM, de los diferentes servicios de la institución.	PSICOLOGIA	50%	100%	Se adjunta graficas de resultados obtenidos de las pruebas aplicadas	_
				V:Verificación de la información y análisis de la misma	20%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se anexa en evidencias los datos estadísticos sobre el nivel de estrés laboral , en donde se encuentran en alto nivel de agotamiento y cansancio , entendiendo la carga laboral y el cambio de turnos de cada personal .	PSICOLOGIA	5%	25%	Se abjunta consolidado de la informacion obtenida	_	16. Se anexa en evidencias los datos estadísticos sobre el nivel de estrés laboral, en donde se encuentran en nivel moderado de agotamiento y cansancio, entendiendo la carga laboral y el cambio de turnos de cada personal.	PSICOLOGIA	10%	50%	Se abjunta consolidado de la informacion obtenida	_	16. Se anexa en evidencias los datos estadísticos sobre el nivel de estrés laboral, en donde se encuentran en nivel moderado de agotamiento y cansancio, entendiendo la carga laboral y el cambio de turnos de cada personal, teniendo en cuenta que se realiza de manera presencial y dirigida.	PSICOLOGIA	15%	75%	Se abjunta consolidado de la informacion obtenida	No aplica	Se anexa en evidencias los datos estadísticos sobre el nivel de estrés laboral, en donde se encuentran síntomas relacionados a: cefaleas frecuentes, cansancio externo y alteración en el patrón del sueño.	PSICOLOGIA	20%	100%	Se adjunta consolidado de la informacion obtenida	_
				A: Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	Enero 1 de 2022	Diciembre 31 de 2021	Se realizó proceso de sensibilización y educación al personal asistencial, sobre el manejo de estrés y las actividades extracurriculares a realizar; así como los hábitos de vida saludable o antes situaciones de crisis o eventos de importancia a nivel psicológico dirigirse a áreas específicas como Psicología y Psiquiatría, lo anterior se realizó a través de folletos informativos por medio de página web (correo electrónico).	PSICOLOGIA	2.5%	25%	Se abjuntabn evidencias de folletos informativos y correos remitidos a los participamtes	_	17. Se realizó proceso de sensibilización y educación al personal asistencial, sobre el manejo de estrés y las actividades extracurriculares a realizar; así como los hábitos de vida saludable o antes situaciones de crisis o eventos de importancia a nivel psicológico dirigirse a áreas específicas como Psicología y Psiquiatría, lo anterior se realizó a través de folletos informativos por medio de página web (correo electrónico).	PSICOLOGIA	5%	50%	Se abjuntabn evidencias de folletos informativos y correos remitidos a los participamtes	_	17. Se realizó proceso de sensibilización y educación al personal asistencial, sobre el manejo de estrés y las actividades extracurriculares a realizar; así como los hábitos de vida saludable o antes situaciones de crisis o eventos de importancia a nivel psicológico dirigirse a áreas específicas como Psicología y Psiquiatría, lo anterior se realizó a través de folletos informativos por medio de página web (correo electrónico).	PSICOLOGIA	7.5%	75%	Se abjuntabn evidencias de folletos informativos y correos remitidos a los participamtes	No aplica	Se realizó proceso de sensibilización y educación al personal asistencial, sobre el manejo de estrés y las actividades extracurriculares a realizar; así como los hábitos de vida saludable o antes situaciones de crisis o eventos de importancia a nivel psicológico dirigirse a áreas específicas como Psicología y Psiquiatría, lo anterior se realizó a través de folletos informativos por medio de página web (correo electrónico).	PSICOLOGIA	10%	100%	Se adjuntabn evidencias de folletos informativos y correos remitidos a los participamtes	_
Mejorar la infraestura informatica insitucional, ampliacion de la planta de equipos de computo, cambio de equipos obsoletos	Sistemas de Información - Informática y telecomunmicaciones	Equipos adquiridos e / Equipos requeri	Reemplazar los equipos obsoletos de la institución y adjudicar nuevos equipos en areas donde se requiere	**Planificar.** Levantamiento de información equipos obsoletos y areas que requiern equipos	40%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-02-01	2022-02-28	se realiza un diagnóstico de la necesidad existente en las diferentes areas y se detremina que en varias áreas es necesario camnbiar los equipos obsoletos y otras incluir nuevos equipos - se requieren 15 equiipos nuevos	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	_	se realiza un diagnóstico de la necesidad existente en las diferentes areas y se detremina que en varias áreas es necesario camnbiar los equipos obsoletos y otras incluir nuevos equipos - se requieren 15 equipos nuevos	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	_	se realiza un diagnóstico de la necesidad existente en las diferentes areas y se detremina que en varias áreas es necesario cambiar los equipos obsoletos y otras incluir nuevos equipos - se requieren 15 equiipos nuevos	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	se realiza un diagnóstico de la necesidad existente en las diferentes areas y se detremina que en varias áreas es necesario camnbiar los equipos obsoletos y otras incluir nuevos equipos - se requieren 15 equiipos nuevos	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				Hacer. * Cotización de equipos * Elaboración de contratos * Compra deequipos de computo * instalación	50%		fisicos, tecnologicos y financierso	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	2022-03-01	2022-04-30	Se solicita cotizacion con distitnso proveedores	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Se adjunta evidencia fotográfia y cotizaciones pdf	_	Se solicita cotizacion con distitnso proveedores	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Se adjunta evidencia fotográfia y cotizaciones pdf	_	Se solicita cotizacion con distitnso proveedores	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Se adjunta evidencia fotográfia y cotizaciones pdf	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se solicita cotizacion con distitnso proveedores	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Se adjunta evidencia fotográfia y cotizaciones pdf	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				Verificar. * Revisióm general para verificación del estado y funcionamiento de los equipos de computo	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-05-01	2022-05-10	Se inicia motireo sobre el funcionamiento de os equipos	Jefe subsistemas de información	5%	100%	se adjunta evidencia fotográfica pdf	_	Se inicia motireo sobre el funcionamiento de os equipos	Jefe subsistemas de información	5%	100%	se adjunta evidencia fotográfica pdf	_	Se inicia motireo sobre el funcionamiento de os equipos	Jefe subsistemas de información	5%	100%	se adjunta evidencia fotográfica pdf	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se inicia motireo sobre el funcionamiento de os equipos	Jefe subsistemas de información	5%	100%	se adjunta evidencia fotográfica pdf	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				Actuar. * Realizar informe general del del funcionamiento del Equipos de computo	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-05-11	2022-05-15	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Jefe subsistemas de información	5%	100%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Jefe subsistemas de información	5%	100%	_	_
Mejorar la infraestura informatica, Rediseño y construccion Página Web Insticuional	Sistemas de Información - Informática y telecomunmicaciones	Pagina reconstruia / Pagina no cumple X100	Rediseñar y recontruir pagina Web de acuerdo a los lineamientos normativos y facilidad de acceso a usuarios REESTRUCTURACION GRAFICA	**Planificar.** Levantamiento de información AVANCES del sitio web	40%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-03-15	2022-03-20	Se realizo el respectivo levantamiento de informacion del sitio Web	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	_	Se realizo el respectivo levantamiento de informacion del sitio Web	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	_	Se realizo el respectivo levantamiento de informacion del sitio Web	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre	Se realizo el respectivo levantamiento de informacion del sitio Web	Jefe subsistemas de información	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% en el primer trimestre
				Hacer. * estructurar necesiudad y aspectos generales del contendio del sitio web * Definir estructura gráfica del sitio * Desarrollo e implementacion frontend	50%		fisicos, tecnologicos y financierso	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	2022-03-21	2022-05-30	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	Se proyecta cambio en diseño grafifo, mejoramiento colores e imágenes para carga en plataforma e inclusión el en plan de accion para el año 2022	Estructura interna del sitio desarrollada	Jefe subsistemas de información	15%	30%	_	se hace levantamiento de información y se proyecta contacion empresa externa	Estructura interna del sitio desarrollada Definir diseñador gráfico	Jefe subsistemas de información	15%	30%	_	se hace levantamiento de información y se proyecta contratacion empresa externa. Definir diseñador gráfico	Estructuracion y actualizacion de la pagina web de la pagina web	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Pantallazos de la actualizacion	_
				Verificar. * Revisióm general para verificación funcionamiento del sitio, adaptabiliad, responsividad - facil uso	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-06-01	2022-06-10	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	Se finaliza la actualizacion de la pagina web de la ESE HRMM	Jefe subsistemas de información	5%	100%	Pantallazos de la actualizacion	_
				Actuar. * Realizar informe general del del funcionamiento y bondades del sitio web, presentar funcionalidades y opertavidad. institucionales	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-06-11	2022-06-20	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	_	Se realiza informe final del funcionamiento de la pagina web de la ESE HRMM	Jefe subsistemas de información	5%	100%	Informe final	_
Mejorar la infraestura informatica insitucional, re adecuación del sistema de camaras de vigilanca	Sistemas de Información - Informática y telecomunmicaciones	Cámaras habilidado / Camaras en mal estado x100	reorganizacon sistema de camaras de vigilancia, recuperación camaras fuera de servicio	**Planificar.** Levantamiento de información estado de las camaras, cableado general	40%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-06-01	2022-06-30	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	SE DEFINE LA ADQUISICIÓN DE 12 CAMARAS DE MANERA INICIAL	Jefe subsistemas de información	4%	10%	_	_	SE DEFINE LA ADQUISICIÓN DE 12 CAMARAS DE MANERA INICIAL	Jefe subsistemas de información	4%	10%	_	_	SE DEFINE LA ADQUISICIÓN DE 12 CAMARAS DE MANERA INICIAL	Jefe subsistemas de información	40%	100%	Se adjunta evidencia PDF	_
				Hacer. * Cotización de materiales e insumos * Elaboración de contratos * Compra de materiales * Habilitacion Rack de comunicaciones	50%		fisicos, tecnologicos y financierso	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	2022-07-01	2022-08-31	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	SE REALIZA CONTRATACION PROVEEDOR - SE INSTALA DVR - SE PONENEN EN FUNCION 27 CAMARAS	Jefe subsistemas de información	50%	100%	Se adjunta evidencia PDF	_
				Verificar. * Revisióm general para verificación del estado y funcionamiento lel DVR y camaras de seguridad y vigilancia	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-09-01	2022-09-15	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	SE VERIFICA EL FUNCIONAMIENTO DE LA FASE INSTALADA	Jefe subsistemas de información	5%	100%	_	_
				Actuar. * Realizar informe general del del funcionamiento del sistema de vigilancia	5%		fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2022-09-16	2022-09-30	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	_	Jefe subsistemas de información	0%	0%	_	EN PROCESO DE REVISION SOBRE LA CANTIDAD DE CAMARAS REQUEFIDAS	SE REALIZA INFORME GENERAL DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA	Jefe subsistemas de información	5%	0%	Informe del sistema de vigilancia	_
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Actividades Programadas / Actividades Ejecutadas	100% de actividades ejecutadas Realizar la actualización e implementación del Plan de Trabajo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio en la vigencia 2022	P: Proyectar del Plan de Trabajo del SG-SST vigencia 2022	30%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-01-11	2022-01-30	Se proyecta y se firma por la gerencia el plan de trabajo en SST. Aprobado conforme a Resolucón 017 del 18 de enero del 2022.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	El documento firmado se encuentra en físico en los documentos del SG SST.	Se proyecta y se firma por la gerencia el plan de trabajo en SST. Aprobado conforme a Resolucón 017 del 18 de enero del 2022.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	El documento firmado se encuentra en físico en los documentos del SG SST.	Se proyecta y se firma por la gerencia el plan de trabajo en SST. Aprobado conforme a Resolucón 017 del 18 de enero del 2022.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se proyecta y se firma por la gerencia el plan de trabajo en SST. Aprobado conforme a Resolucón 017 del 18 de enero del 2022.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Ejecutar cada una de las actividades programadas según el cronograma para dar cumplimiento a los objetivos	40%	Plan de gestión	Fisicos humanos y financieros	Profesional SST	2022-01-11	2022-12-31	Se realiza actualización del plan de trabajo hasta el 31 de marzo del 2022. Se tiene un cumplimiento del 25% de la totalidad del plan que será ejecutado hasta el mes de diciembre.	PROFESIONAL SST	10%	25%	Documento digital del plan de trabajo actualizado en cumplimiento mes a mes de acuerdo al cronograma.	El porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de acuerdo al cumplimiento se despliega de la siguiente manera: enero: 100%, febrero 94% y marzo:100%. En el mes de febrero se reprograma una actividad.	Se realiza actualización del plan de trabajo hasta el 30 de junio del 2022. En el segundo trimestre, se da cumplimiento a 45 actividades, planeadas en los meses de abril, mayo y junio. El cumplimiento de la actividad es del 25% durante los tres meses. El cumplimiento total será ejecutado en el mes de diciembre.	PROFESIONAL SST	20%	50%	El porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo de acuerdo al cumplimiento se despliega de la siguiente manera: enero: 100%, febrero 94% y marzo:100%. En el mes de febrero se reprograma una actividad.	_	Se realiza actualización del plan de trabajo hasta el 30 de septiembre del 2022. En el trimestre, se da cumplimiento a 46 actividades, programadas en los meses de julio, agosto y septiembre. El cumplimiento de la actividad es del 25% durante los tres meses. El cumplimiento total será ejecutado en el mes de diciembre.	PROFESIONAL SST	30%	75%	El cumplimiento del plan de trabajo mes a mes: julio: 100%, agosto: 100% y septiembre 100%.	El documento actualizado del plan de trabajo con el indicador, medición y gráficos de seguimiento	Se realiza actualización del plan de trabajo hasta el 30 de diciembre del 2022. En el trimestre, se da cumplimiento a 15 actividades. El cumplimiento de la actividad es del 25% durante los tres meses.	PROFESIONAL SST	40%	100%	El cumplimiento del plan de trabajo mes a mes: octubre: 100%, noviembre: 100% y diciembre 100%.	El documento actualizado del plan de trabajo con el indicador, medición y gráficos de seguimiento.
				V. Evaluar el cumplimiento de las actividades medidas a través de los indicadores del SG-SST, rendición de cuentas a la alta gerencia y auditorias programadas para el SG-SST.	20%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Gerencia, Calidad, Profesional SST	2022-12-01	2022-12-23	La medición se realiza en el último trimestre del año		0%	0%	_	_	Evaluar el cumplimiento de las actividades medidas a través de los indicadores del SG-SST, rendición de cuentas a la alta gerencia y auditorias programadas para el SG-SST.	PROFESIONAL SST	0%	0%	_	La evaluación se realiza en el último trimestre del año	Evaluar el cumplimiento de las actividades medidas a través de los indicadores del SG-SST, rendición de cuentas a la alta gerencia y auditorias programadas para el SG-SST.	PROFESIONAL SST	0%	0%		La evaluación se realiza en el último trimestre del año	Evaluar el cumplimiento de las actividades medidas a través de los indicadores del SG-SST, rendición de cuentas a la alta gerencia y auditorias programadas para el SG-SST.	PROFESIONAL SST	20%	100%	Se realizò la evaluación de acuerdo a la Resolución 0312/19. Con un cumplimiento del 100% de los estándares mínimos.	Es firmada por la gerencia y reportada a la ARL.
				A. Proyección de planes de mejora conforme a los resultados de los indicadores, revisión por la alta gerencia y auditoria del SG-SST.	10%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Gerencia, Calidad, Profesional SST	2022-12-27	2022-12-30	Los planes de mejora se realian el último trimestre del año		0%	0%	_	_	Los planes de mejora se realizan el último trimestre del año		_	_	_	_	Los planes de mejora se realizan el último trimestre del año		_	_	_	_	Los planes de mejora se realizan el último trimestre del año	PROFESIONAL SST	10%	100%	Se realiza plan de mejoramiento de la ejecución del SG SST para la vigencia 2022	_
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Capacitaciones Programadas / Capacitaciones Ejecutadas	100% de actividades ejecutadas Diseño e implementación del Plan de Capacitaciones del SG SST	P : Diseñar y estructurar del Plan de Capacitaciones del SG-SST vigencia 2022	30%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-01-11	2022-01-30	El plan de capacitaciones se incluye dentro del plan de trabajo del SG SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	_	_	El plan de capacitaciones se incluye dentro del plan de trabajo del SG SST. En el mes de junio, se realiza una ficha técnica del plan de capacitaciones y se envía al área de calidad.	PROFESIONAL SST	30%	100%	_	_	El plan de capacitaciones se incluye dentro del plan de trabajo del SG SST. En los meses de julio se realizaron capacitaciones en temas: Socialización de política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas; hábitos de vida saludable. Agosto: Pausas activas, manejo de cargas e higiene postural, inducción al personal rural y riesgo público al personal de salud. Septiembre: hábitos saludables, campaña de lavado de manos y capacitación a brigadas de emergencia.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Se deja el cronograma de capacitaciones, los listados de asistencia y registro fotográfico de las actividades ejecutadas.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	El plan de capacitaciones se incluye dentro del plan de trabajo del SG SST. En los meses de julio se realizaron capacitaciones en temas: Socialización de política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas; hábitos de vida saludable. Agosto: Pausas activas, manejo de cargas e higiene postural, inducción al personal rural y riesgo público al personal de salud. Septiembre: hábitos saludables, campaña de lavado de manos y capacitación a brigadas de emergencia.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Se deja el cronograma de capacitaciones, los listados de asistencia y registro fotogràfico de las actividades ejecutadas.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Realizar las capacitaciones programadas conforme al cronograma	40%	Plan de gestión	Fisicos humanos y financieros	Profesional SST	2022-01-12	2022-12-30	En el primer trimestre se realizan capacitaciones en teemas de: socialización de protocolo de bioseguridad, capacitación a la brigada de emergencias en primeros auxilios, evacuación y contra incencio, sueño y calidad de vida, resolución del conflicto e inducción en SST.	PROFESIONAL SST	10%	25%	Registro de asistencia, registro fotográfico, evaluaciones	_	En el segundo trimestre, se realizan capacitaciones en los temas de: comunicación efectiva y asertiva, trabajo en equipo, roles y responsabilidades del copasst, prevención del riesgo ergonómico, pausas activas y estiramiento osteo muscular. Las evidencias de la ejecución de las capacitaciones, se encuentran en los documentos del SG SST.	PROFESIONAL SST	20%	50%	Registro de asistencia, registro fotográfico	Las evidencias de la ejecución de las actividades se encuentran en los documentos del SG SST y se cargan a la carpeta drive a la cual tiene acceso el área de calidad y talento humano.	En los meses de julio se realizaron capacitaciones en temas: Socialización de política de prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas; hábitos de vida saludable. Agosto: Pausas activas, manejo de cargas e higiene postural, inducción al personal rural y riesgo público al personal de salud. Septiembre: hábitos saludables, campaña de lavado de manos y capacitación a brigadas de emergencia.	PROFESIONAL SST	30%	75%	Se deja el cronograma de capacitaciones, los listados de asistencia y registro fotográfico de las actividades ejecutadas.		En el cuarto trimestre, se ejecutaron las siguients actividades: Actividad de promoción de la salud mental con apoyo de la nueva EPS, Spa facial y tamizaje cardiovascular, prevención del riesgo psicosocial, manejo del estrès y taller de manualidades.	PROFESIONAL SST	40%	100%	Se deja el cronograma de capacitaciones, los listados de asistencia y registro fotogràfico de las actividades ejecutadas.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Zd0n_Z9P6uUQ0QkQQzOXjU4qb-ukdmOlf/edit?rtpof=true#gid=1980091085
				V. Evaluar el cumplimiento del Plan de capacitaciones y la eficacia de su implementación con el personal, evidenciadas en las evaluaciones post test de las capacitaciones la verificación de cumplimiento se realiza mensual.	20%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Calidad - Profesional SST	2022-12-23	2022-12-27	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.		0%	0%	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	_	_	_	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	_	_	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	Se realizò la evaluación de acuerdo a la Resolución 0312/19. Con un cumplimiento del 100% de los estándares mínimos.	PROFESIONAL SST	20%	100%	El resultado de la evaluaciòn es enviada a la ARL, para dejar la constancia.	Es firmada por la gerencia y reportada a la ARL.
				A. Plan de mejoras conforme a las desviaciones encontradas	10%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Calidad - Profesional SST	2022-12-23	2022-12-27	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año		0%	0%	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	_	_	_	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	_	_	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	PROFESIONAL SST	10%	100%	Se realiza plan de mejoramiento de la ejecución del SG SST para la vigencia 2022	_
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Cantidad de comités programados/ Cantidad de comités ejecutados	100% de actividades ejecutadas Realizar apoyo y seguimiento a los comités contenidos en el SG-SST (Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y Comité de convivencia laboral)	P : Programar y estructurarde las reuniones de los comités	30%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-01-12	2021-01-30	La planeación se incluye en el plan de trabajo SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	_	La planeación se incluye en el plan de trabajo SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	_	La planeación se incluye en el plan de trabajo SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	La planeación se incluye en el plan de trabajo SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de trabajo aprobado y firmado por la gerencia.	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Realizar las reuniones de los comités	20%	Plan de gestión	Fisicos humanos y financieros	COPASST - Profesional SST	2022-01-11	2022-12-30	En el primer trimestre, se hace acompañamiento a tres comités, uno cada mes.	PROFESIONAL SST	20%	100%	Actas de comité	_	En el segundo trimestre, se hace acompañamiento a tres comités, uno cada mes.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Actas de comité	_	En el tercer trimestre, se hace acompañamiento a tres comités, uno cada mes.	PROFESIONAL SST	15%	75%	Actas de comité		En el cuarto trimestre, se hace acompañamiento a tres comités, uno cada mes.	PROFESIONAL SST	20%	100%	Actas de comité	_
				V. Evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en los comités	40%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-01-12	2022-12-30	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.		0%	0%	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.		_	_	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	_	_	_	_	_	En el último trimestre del año, se tiene la novedad del cambio de gerencia, se organiza la planeación para conformar un nuevo comité y se evalúa las actividades ejecutadas en la vigencia 2022.	PROFESIONAL SST	40%	100%	Se realizò la evaluación de acuerdo a la Resolución 0312/19. Con un cumplimiento del 100% de los estándares mínimos.	_
				A. Plan de mejoras conforme a las actividades no cumplidas	10%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-12-27	2022-12-30	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año		0%	0%	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año		_	_	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	_	_	_	_	_	El plan de mejora es reportado a la ARL por la plataforma asignada para el mismo.	PROFESIONAL SST	10%	100%	Se realiza plan de mejoramiento de la ejecución del SG SST para la vigencia 2022. Se encuentra reportado en la plataforma alissta de la ARL positiva.	_
				P:Revisar y actualizar del Plan de Emergencias y programación de actividades	30%	Plan de gestión	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-01-12	2022-06-30	El plan de emergencias se revisó con apoyo al área de calidad.		0%	0%	_	_	El documento del plan de emergencias se revisó y actualizó el 13 de mayo 2022. Se envía al área de calidad para su aprobación. El documento se encuentra en el SG SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de emergencias y contingencias hospitalario	El documento del plan de emergencias se encuentra en los documentos del SG SST y se encuentra en el drive compartido con el área de calidad y talento humano.	El documento del plan de emergencias se revisó y actualizó el 13 de mayo 2022. Se envía al área de calidad para su aprobación. El documento se encuentra en el SG SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de emergencias y contingencias hospitalario	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	El documento del plan de emergencias se revisó y actualizó el 13 de mayo 2022. Se envía al área de calidad para su aprobación. El documento se encuentra en el SG SST.	PROFESIONAL SST	30%	100%	Documento del plan de emergencias y contingencias hospitalario	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre

Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Actividades programadas/ Actividades ejecutados	100% de actividades ejecutadas Actualización e implementación del Plan de emergencias y contingencias hospitalario	H. Ejecutar de las actividades programadas en la ficha técnica del Plan de emergencias	20%	Plan de gestiòn	Fisicos humanos y financieros	Comité de emergencias y contingencias hospitalarias - Profesional SST	2022-01-12	2022-12-23	Las actividades que se han programado, se encuentran contempladas en las actas del comité de emergencias		0%	0%	_	_	Las actividades del comité de emergencias y contingencias hospitalarias se evidencian en las actas del mismo, de las cuales se derivan; inspección de botiquines, capacitación a los brigadistas, señalización en rutas de evacuación, en el segundo trimestre, se gestiona la instalación de los puntos de encuentro. Las actas se encuentran a cargo de la subgerencia científica.	PROFESIONAL SST	20%	100%	Actas de los comités y carpetas de gestión en SST.	Las actas de los comités se encuentran a cargo de la subgerencia científica y las actividades de gestión como inspecciones, capacitaciones, informes de gestión. Se encuentran en los documentos del SG SST.	Las actividades del comité de emergencias y contingencias del III trimestre, es la capacitación y formación a las brigadas para la realización del simulacro de evacuación . La formación se realiza con apoyo del profesional de la ARL.	PROFESIONAL SST	15%	75%	Actas de comités y registro de asistencia a la formación.	_	El el último trimestre, se realiza gestión para la recarga de extintores de la entidad.	PROFESIONAL SST	20%	100%	Acompañamiento y gestión para la recarga de extintores	_
				V. Evaluar el cumplimiento de las actividades programadas	40%	Plan de gestiòn	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-12-15	2022-12-30	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.		0%	0%	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.		_	_	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	_	_	_	_	_	La evaluación se realizará en el último trimestre del año.	PROFESIONAL SST	40%	100%	Se realizó la evaluación de acuerdo a la Resolución 0312/19. Con un cumplimiento del 100% de los estándares mínimos.	_
				A. Plan de mejoras conforme a las actividades no cumplidas	10%	Plan de gestiòn	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	2022-12-15	2022-12-30	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año		0%	0%	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año		_	_	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	_	_	_	_	_	El plan de mejora se realizará en el último trimestre del año	PROFESIONAL SST	10%	100%	Se realiza plan de mejoramiento de la ejecución del SG SST para la vigencia 2022	_
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM.	PROGRAMA SARLAFT	(No. de Politicas implementadas/total politicas SARLAFT)*100	implmentacion de las politicas del sistema del SARLAFT	P:Estructurar la planeacion para la implementacion de las politicas de SARLAFT en la ESE HRMM	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	22/01/2021	27/01/2021	Se presenta ante la junta directiva mediante acta 08 del 22 de octubre 2020 el cambio de oficiales de cumplimiento ante el SARLAFT quedando como oficial principal la Dra. Ana Maria Martinez quein funge como subgerente administrativa y el Dr. Marlon Jack Zapata quien funge como subgerente cientifco como oficial de cumplimiento suplente. se definen las estrategias para corroborar la informacion que se cargara mensualmente a la plataforma.	Subgerencia Administrativa	20%	100%	_	_	Se presenta ante la junta directiva mediante acta 08 del 22 de octubre 2020 el cambio de oficiales de cumplimiento ante el SARLAFT quedando como oficial principal la Dra. Ana Maria Martinez quein funge como subgerente administrativa y el Dr. Marlon Jack Zapata quien funge como subgerente cientifco como oficial de cumplimiento suplente. se definen las estrategias para corroborar la informacion que se cargara mensualmente a la plataforma.	Subgerencia Administrativa	20%	100%			Se presenta ante la junta directiva mediante acta 08 del 22 de octubre 2020 el cambio de oficiales de cumplimiento ante el SARLAFT quedando como oficial principal la Dra. Ana Maria Martinez quein funge como subgerente administrativa y el Dr. Marlon Jack Zapata quien funge como subgerente cientifco como oficial de cumplimiento suplente. se definen las estrategias para corroborar la informacion que se cargara mensualmente a la plataforma.	Subgerencia Administrativa	20%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se presenta ante la junta directiva mediante acta 08 del 22 de octubre 2020 el cambio de oficiales de cumplimiento ante el SARLAFT quedando como oficial principal la Dra. Ana Maria Martinez quein funge como subgerente administrativa y el Dr. Marlon Jack Zapata quien funge como subgerente cientifco como oficial de cumplimiento suplente. se definen las estrategias para corroborar la informacion que se cargara mensualmente a la plataforma.	Subgerencia Administrativa	20%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H:Implementar las politicas según los lineamientos normativos (consultar mensualmente en las listas restrictivas)	50%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2021	31/12/2021	Se realiza cargue de informacion del primer trimestre del año dando como resultados reporte de operaciones sospechosas negativo	Subgerencia Administrativa	12.5%	25%	_	_	Se realiza cargue de informacion dando como resultados reporte de operaciones sospechosas negativo	Subgerencia Administrativa	25%	50%	se adjunta cargues de informacion		Se realiza cargue de informacion del tercer trimestre del año dando como resultados reporte de operaciones sospechosas negativo	Subgerencia Administrativa	37.5%	75%	se adjunta cargues de informacion	_	Se realiza cargue de informacion del cuarto trimestre del año dando como resultados reporte de operaciones sospechosas negativo	Subgerencia Administrativa	50%	100%	se adjunta cargues de informacion	_
				V: Verificar que no existan operaciones sospechosas.	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2021	31/12/2021	se realiza verificacion del cargue dando como resultado negativo para operaciones sospechosas	Subgerencia Administrativa	5%	25%	_	_	se realiza verificacion del cargue dando como resultado negativo para operaciones sospechosas	Subgerencia Administrativa	10%	50%	se adjunta cargues de informacion		se realiza verificacion del cargue dando como resultado negativo para operaciones sospechosas	Subgerencia Administrativa	15%	75%	se adjunta cargues de informacion	_	Se realiza verificacion del cargue dando como resultado negativo para operaciones sospechosas	Subgerencia Administrativa	20%	100%	se adjunta cargues de informacion	_
				A: Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2021	31/12/2021	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas en la realización del ciclo de mejoramiento	Subgerencia Administrativa	2.5%	25%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas en la realización del ciclo de mejoramiento	Subgerencia Administrativa	5%	50%	se adjunta cargues de informacion		No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas en la realización del ciclo de mejoramiento	Subgerencia Administrativa	7.5%	75%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas en la realización del ciclo de mejoramiento	Subgerencia Administrativa	10%	100%	se adjunta cargues de informacion	_
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	(No. de estrategias implementadas/total estrategias)*100	Implementar estrategias para la reduccion de costos y gastos de la ESE HRMM buscando una adecuada utilizacion de los recursos.	P: Planear diferentes estrategias para reducir los costos y gastos de la ESE HRMM .	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	22/01/2022	27/01/2022	Se realiza una proyecccion de los gastos en colaboracion de la oficina de recursos fisicos planteandose la compra de material medico quirugico y de laboratorio los cuales son los elementos esenciales para la operacion del hospital a las casas matricez para asi evitar la terceriacizacion y posterior aumento de los precios.	subgerencia financiera/ oficina financiera/recursos fisicos	20%	100%	Se adjunta proyecto de acuerdo 016-2021	_	Se realiza una proyecccion de los gastos en colaboracion de la oficina de recursos fisicos planteandose la compra de material medico quirugico y de laboratorio los cuales son los elementos esenciales para la operacion del hospital a las casas matricez para asi evitar la terceriacizacion y posterior aumento de los precios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	_	_	Se realiza una proyecccion de los gastos en colaboracion de la oficina de recursos fisicos planteandose la compra de material medico quirugico y de laboratorio los cuales son los elementos esenciales para la operacion del hospital a las casas matricez para asi evitar la terceriacizacion y posterior aumento de los precios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se realiza una proyecccion de los gastos en colaboracion de la oficina de recursos fisicos planteandose la compra de material medico quirugico y de laboratorio los cuales son los elementos esenciales para la operacion del hospital a las casas matricez para asi evitar la terceriacizacion y posterior aumento de los precios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: Socializar con la Subgerencia Administrativa y Financiera, las estrategias planteadas para la reduccion de los costos y gastos de la ESE HRMM, buscando la eficiencia de los recursos	50%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	Se realiza una proyeccion para la vigencia fiscal 2021 con costos y consumo dependiendo del comportamiento por la crisis sanitaria que se presenta actualmente a nivel mundial.	subgerencia financiera/ oficina financiera	15%	30%	Se adjunta relacion de asistencia a mesas de saneamiento de cartera	_	Se realiza una proyeccion para la vigencia fiscal 2022 con costos y consumo dependiendo del comportamiento por la crisis sanitaria que se presenta actualmente a nivel mundial.	Subgerencia Administrativa y Financiera	15%	30%	_	_		Subgerencia Administrativa y Financiera	35%	70%	_	_	Se hace seguimiento a los costos y gastos mensuales (octubre, noviembre, diciembre) para llevar a cabo la optimizacion de los recursos sin afectar la buena prestacion de los servicios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	50%	100%	se adjunta ejecuciones e informe de costos	_
				V: Verificar el cumplimiento de las estrategias definidas para desarrollar durante la vigencia 2022, buscando la optimización de los costos y gastos de la ESE HRMM, presentando evidencias sobre su ejecución	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	Se hace seguimiento a los costos y gastos mensuales, para llevar a cabo la optimizacion de los recursos sin afectar la buena prestacion de los servicios.	subgerencia financiera/ oficina financiera	6%	30%	Se adjunta actas de comité	_	Se hace seguimiento a los costos y gastos mensuales, para llevar a cabo la optimizacion de los recursos sin afectar la buena prestacion de los servicios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	50%	se adjunta ejecuciones	_	Se hace seguimiento a los costos y gastos mensuales, para llevar a cabo la optimizacion de los recursos sin afectar la buena prestacion de los servicios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	14%	70%	Informe de ejecucion de gastos	_	Se hace seguimiento a los costos y gastos mensuales (octubre, noviembre, diciembre) para llevar a cabo la optimizacion de los recursos sin afectar la buena prestacion de los servicios.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	se adjunta ejecuciones e informe de costos	_
				A: Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	_	_	3%	30%	Se adjunta actas de comité	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	5%	50%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	7.5%	75%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	100%	_	_
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	% recaudo de cartera	Respaldar el presupuesto de la vigencia mediante recaudo de ingresos	P: Proyectar el presupuesto para la vigencia 2022 , tomando como base el presupuesto definitivo a 31 de oct. De 2021.	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	22/01/2022	27/01/2022	socializacion del presupuesto para la vigencia 2022 mediante el acuerdo 016 del diciembre 09 del 2021 aprobado por la junta directiva por el cual se fija el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE..	Subgerencia Administrativa-financiera-contabilidad	30%	100%	Se adjunta proyecto de acuerdo 016-2021	_	socializacion del presupuesto para la vigencia 2022 mediante el acuerdo 016 del diciembre 09 del 2021 aprobado por la junta directiva por el cual se fija el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE..	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	_	socializacion del presupuesto para la vigencia 2022 mediante el acuerdo 016 del diciembre 09 del 2021 aprobado por la junta directiva por el cual se fija el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE..	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Socializacion del presupuesto para la vigencia 2022 mediante el acuerdo 016 del diciembre 09 del 2021 aprobado por la junta directiva por el cual se fija el presupuesto de ingresos y gastos de la ESE..	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: implementar estrategias con las empresas conratadas para tener un recaudo eficiente	40%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	se asiste a las mesas de saneamiento de cartera con las diferentes entidades para lograr acuerdos que beneficien el recuado de la ESE.	Coordinadora de cartera	12%	30%	Se adjunta relacion de asistencia a mesas de saneamiento de cartera	Se adjunta resolucion y captura del cargue de la informacion	se asiste a las mesas de saneamiento de cartera con las diferentes entidades para lograr acuerdos que beneficien el recuado de la ESE.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	50%	Se adjunta relacion de asistencia a mesas de saneamiento de cartera	_	se asiste a las mesas de saneamiento de cartera con las diferentes entidades para lograr acuerdos que beneficien el recuado de la ESE.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	75%	Actas de compromiso de depuracion de cartera	_	Se asiste a las mesas de saneamiento de cartera con las diferentes entidades para lograr acuerdos que beneficien el recuado de la ESE	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	Se adjunta relacion de asistencia a mesas de saneamiento de cartera	_
				V: Verificar los recaudos y entregar informes mensuales	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	se realiza comites mensuales para el seguimiento de los procesos de facturacion-cartera y glosas el cual esta constituido bajo la resolucion 100 del 18 de septiembre del 2020.	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera-Financiera	6%	30%	Se adjunta actas de comité	_	se realiza comites mensuales para el seguimiento de los procesos de facturacion-cartera y glosas el cual esta constituido bajo la resolucion 100 del 18 de septiembre del 2020.	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	50%	Se adjunta actas de comité	_	se realiza comites mensuales para el seguimiento de los procesos de facturacion-cartera y glosas el cual esta constituido bajo la resolucion 100 del 18 de septiembre del 2020.	Subgerencia Administrativa y Financiera	15%	75%	Se adjunta actas de comité	_	Se realiza comites mensuales para el seguimiento de los procesos de facturacion-cartera y glosas el cual esta constituido bajo la resolucion 100 del 18 de septiembre del 2020.	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	Se adjunta actas de comité	_
				A: Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	se toman diferentes alternativas para realizar una facturacion con calidad y por ende disminuir las devoluciones y glosas que puedan afectar un recaudo eficiente.	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera-Financiera	3%	30%	Se adjunta actas de comité	_	se toman diferentes alternativas para realizar una facturacion con calidad y por ende disminuir las devoluciones y glosas que puedan afectar un recaudo eficiente.	Subgerencia Administrativa y Financiera	5%	50%	Se adjunta actas de comité	_	se toman diferentes alternativas para realizar una facturacion con calidad y por ende disminuir las devoluciones y glosas que puedan afectar un recaudo eficiente.	Subgerencia Administrativa y Financiera	7.5%	75%	_	_	Se toman diferentes alternativas para realizar una facturacion con calidad y por ende disminuir las devoluciones y glosas que puedan afectar un recaudo eficiente.	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	100%	Se adjunta actas de comité	_
Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la ESE HRMM.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Implementación del Plan Anual de Adquisiciones	Implementar el Plan Anual de Adquisiciones	P: : Planear la implementación del Plan Anual de Adquisiciones	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	22/01/2022	27/01/2022	Se realiza la formulacion del plan de adquisicones dando cumplimiento Decreto No. 1082 del 2015 el cual establece que las entidades estatales deberán elaborar un plan anual de adquisiciones, en el cual se deberá incluir la lista de bienes, obras y servicios que pretende contratar cada entidad durante el año.	Subgerencia Administrativa-recursos fisicos	30%	100%	N/A	_	Se realiza la formulacion del plan de adquisicones dando cumplimiento Decreto No. 1082 del 2015 el cual establece que las entidades estatales deberán elaborar un plan anual de adquisiciones, en el cual se deberá incluir la lista de bienes, obras y servicios que pretende contratar cada entidad durante el año.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	_	Se realiza la formulacion del plan de adquisicones dando cumplimiento Decreto No. 1082 del 2015 el cual establece que las entidades estatales deberán elaborar un plan anual de adquisiciones, en el cual se deberá incluir la lista de bienes, obras y servicios que pretende contratar cada entidad durante el año.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se realiza la formulacion del plan de adquisicones dando cumplimiento Decreto No. 1082 del 2015 el cual establece que las entidades estatales deberán elaborar un plan anual de adquisiciones, en el cual se deberá incluir la lista de bienes, obras y servicios que pretende contratar cada entidad durante el año.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	Plan Anual de Adquisiciones y resolucion	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: : Implementar el Plan Anual de Adquisiciones	40%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	Mediante resolucion 005 del 028 de enero del 2022 se adopta el plan anual de adquisiciones de la ESE para la vigencia fiscal del 2021 y subido a pagina.	Subgerencia Administrativa	40%	100%	Se adjunta resolucion y captura del cargue de la informacion	_	Mediante resolucion 005 del 028 de enero del 2022 se adopta el plan anual de adquisiciones de la ESE para la vigencia fiscal del 2021 y subido a pagina.	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	_	_	Mediante resolucion 005 del 028 de enero del 2022 se adopta el plan anual de adquisiciones de la ESE para la vigencia fiscal del 2021 y subido a pagina.	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se da cumplimiento a las necesidades de la ESE HRMM	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	Relacion de contratacion	_
				V: Verificar la implementación del Plan Anual de Adquisiciones	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	con corte a 31 de marzo se evidencia avance del plan de adquisiciones de 40% acorde a lo planificado por la oficina de recursos fisicos - coordinacion de mantenimiento.	Recursos fisicos	8%	40%	_	_	con corte a 31 de junio se evidencia avance del plan de adquisiciones de 50% acorde a lo planificado por la oficina de recursos fisicos - coordinacion de mantenimiento.	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	50%	_	_	con corte a 30 de septiembre se evidencia avance del plan de adquisiciones de 75% acorde a lo planificado por la oficina de recursos fisicos - coordinacion de mantenimiento y otras areas de la ESE HRMM	Subgerencia Administrativa y Financiera	15%	75%	Expedientes contractuales en el arhcivo de juridica y publucados en el SECOP	_	Se hace seguimiento continuo a adoptado en el Plan Anual de Adquisiones	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	Relacion de contratacion	_
				A: Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	_	_	0%	0%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	5%	50%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	7.5%	75%		_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	100%	_	_
Reestablecer la solidez economica y financiera de la ESE implementando acciones de fortalecimiento en la reorganización administrativa y unidades funcionales que garantice la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población y su area de influencia.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF)	Seguimiento trimestral al Plan de saneaminento fiscal y financiero adoptado por la ESE	P: : Planear y adoptar las estrategias para cumplir con las metas propuestas para la vigencia 2022	30%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	22/01/2022	27/01/2022	Se socializa ante la junta directiva la viabilidad del plan de sananeamiento fiscal y fiannciero adoptado por la ESE, para dar cumplimiento.	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera-Financiera	30%	100%	se adjunta acta de junta	_	Se socializa ante la junta directiva la viabilidad del plan de sananeamiento fiscal y fiannciero adoptado por la ESE, para dar cumplimiento.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	_	Se socializa ante la junta directiva la viabilidad del plan de sananeamiento fiscal y fiannciero adoptado por la ESE, para dar cumplimiento.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se socializa ante la junta directiva la viabilidad del plan de sananeamiento fiscal y fiannciero adoptado por la ESE, para dar cumplimiento.	Subgerencia Administrativa y Financiera	30%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: : Socializar a las diferentes areas las estrategias planteadas para el cumoplimiento del plan de saneamiento fiscal y financiero para la vigencia 2022	40%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/01/2022	se socializa con la parte financiera para llevar a acbo el paso apaso de los compromisos para cumplir con este.	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera-Financiera	40%	100%	se adjunta acta de junta	_	se socializa con la parte financiera para llevar a acbo el paso apaso de los compromisos para cumplir con este.	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	_	_	se socializa con la parte financiera para llevar a acbo el paso apaso de los compromisos para cumplir con este.	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	se socializa con la parte financiera para llevar a acbo el paso apaso de los compromisos para cumplir con este.	Subgerencia Administrativa y Financiera	40%	100%	_	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				V: Verificar en cada area el cumplimiento de las estrategias definidas para la vigencia 2022 y asi cumplir con las metas propuestas en el plan de seaneamiento	20%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	se realiza reporte de seguimiento ante la secretaria de salud y ministerio de hacienda para cumplir conlas metas pactadas en este	Gerencia-Subgerencia administrativa y financiera-Financiera	5%	25%	_	_	se realiza reporte de seguimiento ante la secretaria de salud y ministerio de hacienda para cumplir conlas metas pactadas en este	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	50%	se adjunta reporte de seguimiento	_	se realiza reporte de seguimiento ante la secretaria de salud y ministerio de hacienda para cumplir conlas metas pactadas en este	Subgerencia Administrativa y Financiera	15%	75%	se adjunta reporte de seguimiento	_	Se realiza reporte de seguimiento ante la secretaria de salud y ministerio de hacienda para cumplir conlas metas pactadas en este	Subgerencia Administrativa y Financiera	20%	100%	se adjunta reporte de seguimiento	_
				A: Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	10%	Plan de Gestión Gerencial	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Subgerencia Administrativa y Financiera	27/01/2022	31/12/2022	_	_	0%	0%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	5%	50%	_	_	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones	Subgerencia Administrativa y Financiera	7.5%	75%	_	_	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Subgerencia Administrativa y Financiera	10%	100%	_	_
Fortalecimiento del Sistema de Referencia y Contrareferencia	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100 Actividades programadas	Desarrollar sistema eficaz de remision regional	**P** 1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución	20%	Plan de gestion	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2022-01-03	2022-12-31	Se realiza la contratacioon cuatro prestadoras de servicios en el area de referencia y contrareferencia	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	5%	25%	contratos de prestacion de servicios del personal para el proceso de referencia y contrareferencia	_	Contratacioon cuatro funcionarias	Subgerencia Cientifica	20%	100%	contratos OPS	_	Contratacioon cuatro funcionarias	Subgerencia Cientifica	20%	100%	contratos OPS	Ejecutada al 100% en el segundo trimestre	Contratacion de personal para para apoyar las remisiones	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Contratos	Ejecutada al 100% en el segundo trimestre
				H: 1. Recorrido 2. Recopilacion general de informacion	20%	Plan de gestion	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Profesional de Calidad	2022-01-20	2022-01-03	Se recopila las solicitudes de rendiciones aceptada en la institucion o enviada a otra instituciones por medio de correo electronico, celulares y telefono, whatsapp	Subgerencia Cientifica Urgencias, Profesional de Calidad	5%	25%	Recopilacion presentada	_	Se recopila las solicitudes de rendiciones aceptada en la institucion o enviada a otra instituciones por medio de correo electronico, celulares y telefono, whatsapp	Subgerencia Cientifica	10%	50%	Recopilacion presentada mensualmente	_	Se recopila las solicitudes de rendiciones aceptada en la institucion o enviada a otra instituciones por medio de correo electronico, celulares y telefono, whatsapp	Subgerencia Cientifica	15%	75%	Recopilacion presentada mensualmente		Se recopila las solicitudes de rendiciones aceptada en la institucion o enviada a otra instituciones por medio de correo electronico, celulares y telefono, whatsapp	Subgerencia Cientifica	20%	100%	informe presentado a la Superslaud	_
				V: 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Identificacion de los bienes que requieran reparación, construccion, entre otros	30%	Plan de gestion	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Sistemas, Profesional de Calidad	2022-01-03	2022-01-03	Recopilacion informacion presentada mensualmente	Subgerencia Cientifica Urgencias, Sistemas, Profesional de Calidad	7.5%	25%	Recopilacion presentada mensualmente	_	Recopilacion informacion presentada mensualmente	Subgerencia Cientifica	15%	50%	Recopilacion presentada mensualmente	_	Recopilacion informacion presentada mensualmente	Subgerencia Cientifica	22.5%	75%	Recopilacion presentada mensualmente		Recopilacion informacion presentada mensualmente (Octubre, Noviembre, Diciembre)	Subgerencia Cientifica	30%	100%	informe presentado a la Superslaud	_
				A: 1. Elaborar el informe presentando valor total de los bienes que requieran reparación, construccion,e la reforma fisica. 2.Aprobar y presentar el informe consolidado definitivo del proceso a gerencia.	30%	Plan de gestion	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Sistemas, Profesional de Calidad	2022-01-03	2022-01-03	Se realiza informe a la Supersdalud trimestral	Subgerencia Cientifica Urgencias, Sistemas, Profesional de Calidad	7.5%	25%	Informe presentado a la Superslaud	_	informe a la Supersdalud trimestral	Subgerencia Cientifica	15%	50%	informe presentado a la Superslaud	_	informe a la Supersdalud trimestral	Subgerencia Cientifica	22.5%	75%	informe presentado a la Superslaud		Informe a la Supersdalud trimestral (IV) trimestre	Subgerencia Cientifica	30%	100%	informe presentado a la Superslaud	_
				P: 1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución 4 .Proceso de levantamiento de informacion	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-25	2021-12-31	Esta area se encuentra revisando que nuevos servicios podria incluir la E.S.E HRMM en su portafolio de servicios y asi ofertarlos a sus diferentes usuarios y generar mayor integralidad en su prestacion	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	5%	25%		_	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia y Gastroenterologia	Subgerencia Cientifica	10%	50%	Propuestas	_	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Propuestas	_	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Propuestas	_
				H: 1. Definir los nuevos servicios que se pueden ofertar y que generen integralidad en la prestación de los mismos	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-02	2021-12-31	Esta area se encuentra revisando que nuevos servicios podria incluir la E.S.E HRMM en su portafolio de servicios y asi ofertarlos a sus diferentes usuarios y generar mayor integralidad en su prestacion	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	5%	25%		_	Se revisaron y se consideraron necesarios los servicios de Urologia y Gastroenterologia		10%	50%		_	Se procedio a realizar estudio de conveniencia y necesidad y asi definir la necesidad de estos servicios en la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Estudios de necesidad y conveniencia	_	Se procedio a realizar estudio de conveniencia y necesidad y asi definir la necesidad de estos servicios en la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Estudios de necesidad y conveniencia	_

Modificar el Portafolio de Servicios Institucional, enfocándolo hacia la alta complejidad.	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100_Actividades programadas	Desarrollar nuevos servicios de mediana y alta complejidad	**V:** 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Definir los nuevos servicios que se pueden ofertar y que generen integralidad en la prestación de los mismos. 3 . Propuesta de ajustes	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-02-16	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	0%	0%		–	–	Subgerencia Cientifica	0%	0%	–	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Propuestas	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Propuestas	–
				A: 1. Entregar a la Gerencia los nuevos servicios que se pueden ofertar y que generen integralidad en la prestación de los mismos. 4. Aprobar y presentar el informe consolidado definitivo del proceso a gerencia.	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2021-03-02	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	0%	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica	0	0%	–	–	Contratacion del servicio de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	100%	100%	Contratos de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	–	Contratacion del servicio de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	100%	100%	Contratos de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	–
Incorporación de nuevas especialidades	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100_Actividades programadas	Incorporar nuevas especialidades	**P:** 1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-25	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Propuestas	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Propuestas	–
				H: 1. Establecer las necesidades actuales de déficit de especialidades conforme a los requerimientos del hospital y la región	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-02	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	Se procedio a realizar estudio de conveniencia y necesidad y asi definir la necesidad de estos servicios en la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Estudios de necesidad y conveniencia	–	Se procedio a realizar estudio de conveniencia y necesidad y asi definir la necesidad de estos servicios en la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Estudios de necesidad y conveniencia	–
				V: 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Establecer las necesidades actuales de déficit de especialidades conforme a los requerimientos del hospital y la región.	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-02-16	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	–	0%	–	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Propuestas	–	Ofertas para la prestacion de servicios de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Propuestas	–
				A: 1. Entregar a la Gerencia las necesidades actuales de déficit de especialidades conforme a los requerimientos del hospital y la región. 2. Aprobar y presentar el informe	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2021-03-02	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	–	0%	–	–	Contratacion del servicio de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Contratos de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	–	Contratacion del servicio de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Contratos de Urologia, Gastroenterologia y perinatologia	–
Capacitacion continuada personal asistencial	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100_Actividades programadas	Desarrollar programa de capacitacion enfocado al desarrollo de competencias y humanizacion de la atencion	**P:** 1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución 4. Proceso de levantamiento de informacion	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	2021-01-25	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	Realizacion de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	50%	Informe de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–	Se realizaron capacitaciones enfocado al desarrollo de competencias y humanizacion de la atencion	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	Acta del taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–
				H: 1. Definir las competencias y habilidades a desarrollar. 2. Identificar con el comité de capacitación y el grupo de gestión del Talento Humano del recurso para la	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	2021-01-02	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	Realizacion de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	50%	Informe de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–	Se realizaron capacitaciones enfocado al desarrollo de competencias y humanizacion de la atencion	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	Acta del taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–
				V: 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Establecer las competencias y habilidades a desarrollar. 3 . Establecer con el comité de capacitación	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	2021-03-01	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	0%	–	–	Realizacion de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	–	50%	Informe de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–	Se realizaron capacitaciones enfocado al desarrollo de competencias y humanizacion de la atencion	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	30%	100%	Acta del taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–
				A: 1. Entregar a la Gerencia las competencias y habilidades a desarrollar. 2. Aprobar y presentar el informe consolidado definitivo del proceso a gerencia.	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano Gerencia	2021-03-16	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano Gerencia	–	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano Gerencia	–	0%	–	–	No hay actividaes	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano Gerencia	–	0%	Informe de taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–	Se realizaron capacitaciones enfocado al desarrollo de competencias y humanizacion de la atencion	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano Gerencia	30%	100%	Acta del taller de humanizacion y atencion en servicio de salud	–
Modificar la infraestructura fisica y tecnológica institucional para la adecuada prestación de servicios de salud	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100_Actividades programadas	Garantizar un ambiente fisico que permita la funcionalidad de los servicios	1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución	20%	Plan de gestion	Físicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	2021-01-25	2021-12-31	Dicho proceso se realizara mediante la revision de cada especio de nuestra entiodad hospitalaria e identificando las falencias presentaeda en la insfraestructura	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	–	–	Dicho proceso se realizara mediante la revision de cada especio de nuestra entiodad hospitalaria e identificando las falencias presentaeda en la insfraestructura	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	–	–	Dicho proceso se realizara mediante la revision de cada especio de nuestra entiodad hospitalaria e identificando las falencias presentaeda en la insfraestructura	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	–	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre	Dicho proceso se realizara mediante la revision de cada especio de nuestra entiodad hospitalaria e identificando las falencias presentaeda en la insfraestructura	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	20%	100%	–	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre
				H: 1. Recorrido: Laboratorio Clínico, Vacunacion, Esterilizacion. 2. Garantizar un ambiente fisico que permita la funcionalidad de los servicios	20%	Plan de gestion	Físicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	2021-01-02	2021-12-31	Se realizo recorrido en las diferente areas asistenciales de la ESE HRMM, identificando las areas que requieren reparacion para garantizar un ambiente fisico para la funcionalidad de cada uo de los servicios de salud que prestamos	Subgerencia Cientifica Profesional de Talento Humano	12%	60%	–	–	Reasignacion de profesionales en areas asignadas con mejoria de area de trabajo	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Fotografias	–	Reasignacion de profesionales en areas asignadas con mejoria de area de trabajo	Subgerencia Cientifica	20%	100%	Fotografias	–	Reasignacion de profesionales en areas asignadas con mejoria de area de trabajo	Subgerencia Cientifica	20%	100%	–	–
				V: 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Identificacion de los bienes que requieran reparación, construccion, entre otros: Laboratorio Clínico, Vacunacion, Esterilizacion. 3 . Garantizar un ambiente fisico que permita la funcionalidad de los servicios 4. Propuesta de ajustes	30%	Plan de gestion	Físicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Mnatenimiento	2021-03-01	2021-12-31	Una vez revisado e identificado bienes y areas que requieren reparacion, se le presenta porpuesta a la gerencia de las reparaciones y adecuaciones en areas de urgencias, consulta externa, nueva area vacunacion covid y SIAU	Subgerencia Cientifica Mnatenimiento	15%	50%	Propuesta presentada a la gerencia de las reparaciones y adecuaciones para el aistencial de la ESE HRMM	–	Reparaciones y adecuaciones en areas de urgencias, consulta externa y nueva area vacunacion covid	Subgerencia Cientifica	22.5%	75%	Fotografias	–	Reparaciones y adecuaciones en areas de urgencias, consulta externa y nueva area vacunacion covid	Subgerencia Cientifica	22.5%	75%	Fotografias	al terminar pandemia por Covid-19, el espacio se destinara a Consultorio LILA	Reparaciones y adecuaciones en areas de SIAU Urgencias, remisiones, Ugencias, sala de espera de urgencias, Consulta Externa, vacunacion COVID	Subgerencia Cientifica	30%	100%	Fotografias	
				A: 1. Elaborar el informe presentando valor total de los bienes que requieran reparación, construccion,e la reforma física. 2. Entregar a la Gerencia listado de los bienes que potencialmente requieran reparacion, construccion, para estudio: Laboratorio Clínico, Vacunacion, Esterilizacion.. 3. Garantizar un ambiente fisico que permita la funcionalidad de los servicios	30%	Plan de gestion	Físicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Mantenimiento Gerencia	2021-03-16	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Mantenimiento Gerencia	0%	0%	–	–	presentacion a gerencia de las reparaciones y adecuaciones en areas de urgencias, consulta externa y nueva area vacunacion covid	Subgerencia Cientifica	15%	50%		–	presentacion a gerencia de las reparaciones y adecuaciones en areas de urgencias, consulta externa y nueva area vacunacion covid	Subgerencia Cientifica	15%	50%		al terminar pandemia por Covid-19, el espacio se destinara a Consultorio LILA	Se realizaron las reparacion necesarias en las diferentes areas asietneciales de la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	30%	100%		
Implementacion Transporte Basico y Medicalizado para la adecuada prestación de servicios de salud.	PRESTACION DE SERVICIO	Actividades Realizadas x 100_Actividades programadas	Garantizar transporte Basico y Medicalizado para la adecuada prestacion de los servicios de salud	**P** 1. Metodología a aplicar 2. Programación 3. Cronograma de ejecución 4 .Proceso de levantamiento de informacion	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-25	2021-12-31	La ESE HRMM cuenta con una ambulancia medicalizada y una ambulancia basica que requiere de mantenimiento para su respectiva habilitacion, la cual requiere de sus respectivo personal medico, asistencial, y conductor	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	–	–	La ESE HRMM cuenta con una ambulancia medicalizada y una ambulancia basica que requiere de mantenimiento para su respectiva habilitacion, la cual requiere de sus respectivo personal medico, asistencial, y conductor	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	–	–	La ESE HRMM cuenta con una ambulancia medicalizada y una ambulancia basica que requiere de mantenimiento para su respectiva habilitacion, la cual requiere de sus respectivo personal medico, asistencial, y conductor	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	–	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre	La ESE HRMM cuenta con una ambulancia medicalizada y una ambulancia basica que requiere de mantenimiento para su respectiva habilitacion, la cual requiere de sus respectivo personal medico, asistencial, y conductor	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	–	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre
				H: 1. Recopilacion general de informacion	20%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-01-02	2021-12-31	Paraa garantizar el transporte meiante ambulancia basica y/o medicalizado, la E.S.E requiere en el area de referencia y contrareferencia personal con experiencia	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	Contratos para prestacion de dicho servicio	–	Paraa garantizar el transporte meiante ambulancia basica y/o medicalizado, la E.S.E requiere en el area de referencia y contrareferencia personal con experiencia	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	Contratos para prestacion de dicho servicio	–	Paraa garantizar el transporte meiante ambulancia basica y/o medicalizado, la E.S.E requiere en el area de referencia y contrareferencia personal con experiencia	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	Contratos para prestacion de dicho servicio	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre	Paraa garantizar el transporte meiante ambulancia basica y/o medicalizado, la E.S.E requiere en el area de referencia y contrareferencia personal con experiencia	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	100%	Contratos para prestacion de dicho servicio	Actividad ejecutada 100% en el primer trimestre
				V: 1. Verifiacion de la informacion recopilada con la existente 2. Identificacion de los bienes que requieran reparación: Ambulancia basica. 3 . Habiliacion ambulancia medicalizada. 4. Propuesta de ajustes	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2021-03-01	2021-12-31	Se realiza autoevaluacion de los servicios donde se encuentra incluido el transportes asistencial medicalizado. Se empezara el proceso de la habilitacion de la ambulancia basica una vez se realicen las repaciones requeridas para esta	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	15%	50%	Autoevaluacion de servicios de salud	–	Se realizareon empezaaron a realizar reparaciones a la ambulancia basica, y asi luego proceder con su respectiva habilitacion	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	18%	60%		–	Se presta el servicio efectivo de transporte en ambulancia basis y medicalizada mediante 2 ambulancia con las que cuenta la entidad y contrato con empresa con experiencia en la prestacion de servicios de transporte especial y	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	21%	70%		–	Se presta el servicio efectivo de transporte en ambulancia basis y medicalizada mediante 2 ambulancia con las que cuenta la entidad y contrato con empresa con experiencia en la prestacion de servicios de transporte especial basico y medicalizado	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	30%	100%	Contrato para la prestacion de servicios de transporte especial basico y medicalizado	–
				A: 1. Elaborar el informe presentando valor total de los bienes que requieran reparación: Ambulancia basica. 2. Entregar a la Gerencia los bienes que potencialmente requieran reparacion: Ambulancia basica y; habilitacion ambulancia medicalizada 3. Aprobar y presentar el informe consolidado definitivo del proceso a gerencia.	30%	Plan de gestion	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2021-03-16	2021-12-31	–	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	0%	0%	–	–	–	Subgerencia Cientifica	7.5%	25%	–	–	Se esta garantizando el servicio de trasnporte basico y medicalizado para la buena prestacion del servicio de la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	15%	50%	–	–	Se garantizo el servicio de transporte basico y medicalizado para la buena prestacion del servicio de la ESE HRMM	Subgerencia Cientifica	30%	100%	–	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% Cumplimiento plan institucional de Capacitaciones	PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION 2022	**P:** Estructurar la planeación del Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2022	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-22	2022-01-31	Con base en Las cartillas actualizadas emitidas por el Departamento Administrativo de la Gestión Publica se elaboró el Plan Institucional de Capacitación de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio y se adopto bajo al acto administrativo, Resolución 001/2022, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte de la Resolución 001-2022 de fecha 3 de enero de 2022	–	Con base en Las cartillas actualizadas emitidas por el Departamento Administrativo de la Gestión Publica se elaboró el Plan Institucional de Capacitación de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio y se adopto bajo al acto administrativo, Resolución 004/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte de la Resolución 001-2022 de fecha 3 de enero de 2022	–	Con base en Las cartillas actualizadas emitidas por el Departamento Administrativo de la Gestión Publica se elaboró el Plan Institucional de Capacitación de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio y se adopto bajo al acto administrativo, Resolución 004/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte de la Resolución 001-2022 de fecha 3 de enero de 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Con base en Las cartillas actualizadas emitidas por el Departamento Administrativo de la Gestión Publica se elaboró el Plan Institucional de Capacitación de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio y se adopto bajo al acto administrativo, Resolución 004/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte de la Resolución 001-2022 de fecha 3 de enero de 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: Elaborar el Plan Institucional de Capacitaciónpara el año 2022	30%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Se realizo la elaboración del Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	Soporte PIC 2022	–	Se realizo la elaboración del Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	Soporte PIC 2022	–	Se realizo la elaboración del Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	Soporte PIC 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se realizo la elaboración del Plan Institucional de Capacitación de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	Soporte PIC 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H: Ejecutar el Plan Institucional de capacitación según cronograma que incluya la veficiación pre y post test	40%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Con corte a 31 de marzo de 2021 se han evideniado las siguientes capacitaiones:1. Clima Laboral y comunicación asertiva, 2. Responsabilidades y funciones del comité de convivencia y las correspondientes a SGSST (3), Medio Ambiente (3) y Seguridad y Salud en el Trabajo (3)	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	25%	Informe de Cada capacitación realizada	–	Durante el trimestre Abril 1 a 30 de Junio de 2021 se han evidenciado capacitaciones :1. Archivo de gestión, 2.congreso interna Sevidores publicos -3. Diplomado enfermedades cronicas 4. las correspondientes a SGSST (3), Medio Ambiente (3) y Seguridad del Paciente (3)	Dary Luz Lavalle Bohórquez	17.2%	43%	Informe de Cada capacitación realizada	–	Durante el trimestre Julio 1 a Septiembre 30 de 2022 se han evidenciado capacitaciones :1. Taller Gestión de las Emociones, 2.Socialización código de integridad -3. clima Organizacional 4. las correspondientes a SGSST (3), Medio Ambiente (3) y Seguridad del Paciente (3)	Dary Luz Lavalle Bohórquez	26%	66%	Informe de Cada capacitación realizada	–	Durante el trimestre Octubre 1 al 31 de Diciembre de 2021 se han evidenciado las siguientes capacitaiones:1.Socialización Código de Integridad, 2.Socialización de la Reinducción. 3. Servicio al Ciudadano. 4. Ley General de Archivo. 5- Prevención y Control del riesgo psicosocial. 6- atención al ciudadano. 7- Taller de Riesgo psicosocial. 8- las correspondientes a SGSST (3), Medio Ambiente (3) y Seguridad del Paciente (3)	Dary Luz Lavalle Bohórquez	40%	100%	Informe de Cada capacitación realizada	–
				V: Verificar el cumplimiento del cronograma propuesto, Elaborando el informe de capacitaciones logradas y logros obtenidos	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del PIC con un porcentaje de cumplimiento del 23%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del PIC	Dary Luz Lavalle Bohórquez	6%	60%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del PIC con un porcentaje de cumplimiento del 66%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7%	66%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del PIC con un porcentaje de cumplimiento del 100%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	25%	100%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% Cumplimiento Plan de Bienestar e incentivos	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL 2022	**P:** Estructurar la planeación del Plan de Bienestar e incentivos para la vigencia 2022	20%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Con base en las normas Decreto Ley 1567 de 2008 se elaboró el Plan de bienestar e Incentivos de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2021 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 002/2022, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2022 de fecha 3 de enero de 2022	–	Con base en las normas Decreto Ley 1567 de 2008 se elaboró el Plan de bienestar e Incentivos de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2021 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 006/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2022 de fecha 3 de enero de 2022	–	Con base en las normas Decreto Ley 1567 de 2008 se elaboró el Plan de bienestar e Incentivos de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2021 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 006/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2022 de fecha 3 de enero de 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Con base en las normas Decreto Ley 1567 de 2008 se elaboró el Plan de bienestar e Incentivos de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2021 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 006/2020, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2022 de fecha 3 de enero de 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Ejecutar el plan de bienestar e incentivos en la ESE , registrando los logros alcanzados y actividades desarrolladas.	50%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2022	–	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2022	–	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2022	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				V. Verificar el cumplimiento del cronograma propuesto	20%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 27%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5.4%	27%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 45%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	9%	45%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 77%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	15%	77%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 100%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	–

Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% cumplimiento cronograma de comités	COMITES LIDERADOS POR TALENTO HUMANO PARA EL 2021	**P :** Realizar la planeación de los comités liderados por talento humano para la vigencia 2022 : Convivencia, Disciplinarios, Bienestar social	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-20	2022-01-31	Con base en las normas y reglamentación de las Resoluciones de Creación de los diferentes Comités que lidera Talento Humano de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2022 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–	Con base en las normas y reglamentación de las Resoluciones de Creación de los diferentes Comités que lidera Talento Humano de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2022 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–	Con base en las normas y reglamentación de las Resoluciones de Creación de los diferentes Comités que lidera Talento Humano de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2022 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre	Con base en las normas y reglamentación de las Resoluciones de Creación de los diferentes Comités que lidera Talento Humano de la ESE Hospital Regional del Magdalena Medio para la vigencia 2022 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	Actividad ejecutada al 100% desde el primer trimestre
				H. Desarrollar los diferentes comités de acuerdo al cronograma aprobado para el año 2022, elaborando actas de cada comité desarrollados	70%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se realizaron los comites de acuerdo a los lineamientos establecidos en la reglamentación de los mismos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	17.5%	25%	soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites	–	Se realizaron los comites de acuerdo a los lineamientos establecidos en la reglamentación de los mismos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	35%	50%	soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites	–	Se realizaron los comites de acuerdo a los lineamientos establecidos en la reglamentación de los mismos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	54%	77%	soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites	–	Se realizaron los comites de acuerdo a los lineamientos establecidos en la reglamentación de los mismos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	70%	100%	soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites	–
				V. Verificar el cumplimiento de cada comité	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	se realizo la verificación del cumplimiento de las Reuniones de comité un porcentaje de cumplimiento del 27%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	Soporte Cronograma con el informe de avance de cumplimiento de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–	se realizo la verificación del cumplimiento de las Reuniones de comité un porcentaje de cumplimiento del 50%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Soporte Cronograma con el informe de avance de cumplimiento de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–	se realizo la verificación del cumplimiento de las Reuniones de comité un porcentaje de cumplimiento del 77%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	8%	77%	Soporte Cronograma con el informe de avance de cumplimiento de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–	se realizo la verificación del cumplimiento de las Reuniones de comité un porcentaje de cumplimiento del 100%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte Cronograma con el informe de avance de cumplimiento de los comites de convivencia, Diciplinario y Bienestar e Incentivos	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	MIPG Plan de Gestión	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% de novedades reportadas a PASIVOCOL	PASIVOCOL	**P** Realizar la revisión de la Normatividad para exigencia de pasivocol planeando según las fechas señaladas en el Ministerio de hacienda	20%	PASIVOCOL	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Se planea la contratación de una persona que adelante unicamente Pasivocol	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	25%	profeceso contractual	–	se contrato una profesional por 2 meses para el cargue de PASIVOCOL 2021	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de Evidencias contato profesional para PASIVOCOL vigencia 2021	–	Acta final contrato una profesional por 2 meses para el cargue de PASIVOCOL 2021	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de Evidencias Acta final contato profesional para PASIVOCOL vigencia 2021	Actividad ejecutada al 100% desde el segundo trimestre	Acta final contrato una profesional por 2 meses para el cargue de PASIVOCOL 2021	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de Evidencias Acta final contato profesional para PASIVOCOL vigencia 2021	Actividad ejecutada al 100% desde el segundo trimestre
				H. : Subir a la plataforma PASIVOCOL las novedades del año 2021 , descargando los informes que arroja la plataforma	50%	PASIVOCOL	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-27	2022-12-31	Se inicio la toma de información para el cargue en la plataforma. Se elaboro cuadro en excell y se tomaron cacturas de los documentos que se deben actualizar en las hojas de vida de las personas que ingresaron durante la vigencia 2021	Dary Luz Lavalle Bohórquez	12.5%	25%	Soporte cuadro en excell resumen de las personas que se deben ingresas al portal PASIVOCOL y capturas	–	Se tomaron capturas de los documentos que se deben actualizar en las hojas de vida de las personas que entraron a laborar durante la vigencia 2021 y se ingresaron en la plataforma.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	informe del sistema	–	Actualizadas las hojas de vida de las personas que laboraban durante la vigencia 2021 y las que ingresaron en la vigencia 2021, qiedando 100% actualizada la plataforma.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	informe del sistema	Actividad ejecutada al 100% desde el segundo trimestre	Se realizaron los ajustes a la plataforma pasivocol de acuerdo a las correcciones sugeridas por el sistema	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	informe arrojado por el sistema pasivocol	–
				V. Verificar el cumplimiento según lo definido por el Ministerio de Hacienda, mediante soporte dei nforme presentando la validación del cumplimiento de la norma.	20%	PASIVOCOL	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	La obligatoriedad de realizar el informe es con corte Junio de 2022, pero ya se inicio el cargue de la información en un 50%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	25%	soporte de capturas e informe de la plataforma	–	Se realizo el cargue del 100% de hojas de vida y realizamos informe con corte Junio de 2022.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	soporte de capturas e informe de la plataforma	–	Se realizo el cargue del 100% de hojas de vida y realizamos informe con corte Junio de 2022.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	soporte de capturas e informe de la plataforma	Actividad ejecutada al 100% desde el segundo trimestre	Se realizo el cargue del 100% de hojas de vida y realizamos informe con corte octubre de 2021.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	soporte de capturas e informe de la plataforma	–
				A: Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	PASIVOCOL	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% Personal verificado título y actualizado SIGEP	SIGEP	P: Realizar la planeación para el cumplimiento del SIGEP incluyendo las fechas señaladas para el cumplimiento de actualizaciones de hojas de vida y declaraciones de bienes de los funcionarios publicos, de cuardo a FUNCION PUBLICA	20%	SIGEP	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio inicio a la plataforma de SIGEP II, se Participo en una capacitación virtual en linea que desarrolló la Función Pública, tambien se envio correo a los funcionarios de planta dandoles directriz y capacitaci´pon virtual sobre la nueva platafoma de SIGEP II con el fin de que realicen la actualizacion de hoja de vida y declaraciones de bienes y rentas	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	50%	Pamtallazos de los cursos recibidos por función Publica On line	–	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario debe actualizar en el sigep antes del Julio 31 la declaraciones de bienes y rentas. Se envio correos recordando.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	12%	60%	Se soporta con capturas de los correos enviados a los funcionarios de planta recordandoles la obligatoriedad y enviando la certificado de ingresos y retenciones 2021	–	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario debe actualizar en el sigep antes del Julio 31 la declaraciones de bienes y rentas. Se envio correos recordando, y se elaboro cuadro en excel seguimiento para ver el cumplimiento de ellos. se le envia correo a los que tienen pendientes	Dary Luz Lavalle Bohórquez	16.6%	83%	Se soporta con cuadro en excel donde se realiza seguimiento de cumplimiento de actualizacion d hojas de vida de los funcionarios de planta y las certificado de ingresos y retenciones 2021	no aplica	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario actualizó en el sigep la declaraciones de bienes y rentas.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Se soporta con las declaración de bienes y rentas de cada uno de los funcionarios de planta entregados antes del vencimiento de los terminos colocados por el sigep	–
				H. Exigir a cada funcionario público que actualicen sus hojas de vida y la declaración de bienes con forme las fechas de corte exigida por Función Pública para el año 2022	60%	SIGEP	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se enviaron correos a los funcionario solicitandole la actualización de la hoja de vida en la plataforma del SIGEP II	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	50%	Se soporta con capturas de los correos enviados a los funcionarios de planta recordandoles la obligatoriedad	–	Se enviaron correos personalizado a cada funcionario solicitandole la actualización de la declaración de bienes y rentas 2021 en la plataforma del SIGEP, enviandoles anexo una certificación Ingresos y retenciones para la toma de información de su declaración, la cual tiene fecha limite de cumplimiento el 31 de julio de 2022	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	50%	Se soporta con capturas de los correos enviados a los funcionarios de planta recordandoles la obligatoriedad y enviando la certificado de ingresos y retenciones 2021	–	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario debe actualizar en el sigep antes del Julio 31 la declaraciones de bienes y rentas. Se envio correos recordando, y se elaboro cuadro en excel seguimiento para ver el cumplimiento de ellos. se le envia correo a los que tienen pendientes	Dary Luz Lavalle Bohórquez	49.8%	83%	Se soporta con cuadro en excel donde se realiza seguimiento de cumplimiento de actualizacion d hojas de vida de los funcionarios de planta y las certificado de ingresos y retenciones 2021	no aplica	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario actualizó en el sigep antes del Julio 31 la declaraciones de bienes y rentas. Se actualizó la plataforma del SIGEP II con los cargos de planta actuales.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	60%	100%	Se soporta con las declaración de bienes y rentas de cada uno de los funcionarios de planta entregados antes del vencimiento de los terminos colocados por el sigep y pantallazos de la actualización del SIGEP II	–
				V. Verificacion de cumplimiento	10%	SIGEP	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	La entrega de las Hojas de vida impresas por algunos funcionario	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Soporte con capturas de algunas hojas de vida de los funcionarios que cumplieron en su totalidad con la entrega	–	Se espera que antes del 31 de Julio sean entregadas impresas las Declaraciones de bienes y rentas registradas en el SIGEP	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	Se valida la entregadas impresas las Declaraciones de bienes y rentas 2021 registradas en el SIGEP	Dary Luz Lavalle Bohórquez	8.3%	83%	no aplica	no aplica	Se recibieron de todos los funcionarios antes del 30 de Julio impresas las Declaraciones de bienes y rentas registradas en el SIGEP	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Se soporta con las declaración de bienes y rentas de cada uno de los funcionarios de planta entregados antes del vencimiento de los terminos colocados por el sigep	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	SIGEP	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	8.3%	83%	no aplica	no aplica	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% Personal verificado título y actualizado SIGEP	HOJAS DE VIDA Y BASES DE DATOS	**P:** Estructurar la planeación del Talento humano Planta para la vigencia 2022 que incluya la verificación de la Normatividad para exigencia de SIGEP II y perfiles, requisitos para ocupar el cargo del personal de planta de la ESE HRMM	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2021-02-28	Con base en las directrices de la Función Pública, se estructuró la planeación de verificación de hojas de vida	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Check list para vefificación de perfiles, títulos y cursos	–	Se elaboró un cronograma de actividades para darle cumplimiento a la validación de títulos de la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Cronograma a desarrollar para el cumplimieto de la validación de títulos, con el porcentaje de cumplimiento	–	Se elaboró un cronograma de actividades para darle cumplimiento a la validación de títulos de la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	continuamos con el Cronograma desarrollado para el cumplimieto de la validación de títulos	–	Se elaboró un cronograma de actividades para darle cumplimiento a la validación de títulos de la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Cronograma a desarrollar para el cumplimiento de la validación de títulos, con el porcentaje de cumplimiento	–
				H. Realizar la verificación de perfiles y titulos soportados por los entes educativos, que permita el cumplimiento de los lineamientos de habiltiación del personal de planta de la ESE HRMM	70%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-02-02	2022-04-29	Se realizó la verificación de perfiles y títulos, como tambien los cursos que cada uno debe tener actualizado atendiendo las directirces de calidad de nuestra institución y las impartidas por el ministrerio de salud.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	35%	50%	Check list para vefificación de perfiles, títulos y cursos	–	Se validó en algunas Universidades los títulos de los funcionarios nombrados en la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	42%	60%	capturas de los correos enviados a las universidades	–	Se validó en algunas Universidades los títulos de los funcionarios nombrados en la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	52%	75%	capturas de los correos enviados a las universidades	–	Se validó en algunas Universidades los títulos de los funcionarios nombrados en la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	70%	100%	capturas de los correos enviados a las universidades	–
				V: Verificar el cumplimiento de las Hojas de vida y bases de datos actualizadas según la normatividad	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se deja evidenciado en el Check list el cumplimiento exigido. Ya sea con o sin el cumplimiento	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Check list por especialidad	–	Verificar que las hojas de vida físicas esten igual a las que estan en el SIGEP	Dary Luz Lavalle Bohórquez	6%	60%	Capturas del SIGEP de las hojas de vida	–	continuamos con la Verificación de las hojas de vida físicas, que estén igual a las que estan en el SIGEP	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	Cuadro en excel donde hacemos seguimiento a las hojas de vida, con los pendientes	–	Se dio validación a las hojas de vida en el SIGEP, para que estén físicamente igual a las que estan en el SIGEP y se tiene actualizada la base de datos del personal que labora para la ESE HRMM a Dic. 1 de 2022	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Capturas del SIGEP de las hojas de vida y base de datos del personal que labora para la ESE HRMM a DIC. 1/22	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Convenios desarrollados	CONVENIOS INTERINTITUCIONALES	P. Crear una metodología para conocer las necesidades de convenios	10%	Convenios	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Teniendo en cuenta las directrices nacionales en materia de Bienestar e Incentivos, se creo una encuesta para conocer las necesidades del personal	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	soporte encuesta planteada	–	Teniendo en cuenta las directrices nacionales en materia de Bienestar e Incentivos, se creo una encuesta para conocer las necesidades del personal	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	soporte encuesta planteada	–	Teniendo en cuenta las directrices nacionales en materia de Bienestar e Incentivos, se creo una encuesta para conocer las necesidades del personal	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	soporte encuesta planteada	–	Teniendo en cuenta las directrices nacionales en materia de Bienestar e Incentivos, se creo una encuesta para conocer las necesidades del personal	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	soporte encuesta planteada	–
				H. Elaborar una encuesta para conocer necesidad de convenios.	30%	Convenios	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se aplico la encuesta al personal de planta y se plasmo en un informe de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	15%	50%	soporte informe o tabulación de la encuesta	–	Se aplico la encuesta al personal de planta y se plasmo en un informe de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	15%	50%	soporte informe o tabulación de la encuesta	–	Se aplico la encuesta al personal de planta y se plasmo en un informe de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	soporte informe o tabulación de la encuesta	–	Se aplico la encuesta al personal de planta y se plasmo en un informe de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	100%	soporte informe o tabulación de la encuesta	–
				H. Firmar por los menos 2 convenios en el año con instituciones que le brinden apoyo al hospital tanto asistencial como administrativamente	40%	Convenios	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se renovó y volvio a firmar el Convenio con el Gimnasio Smart Fit con beneficios para los empleados de la ESE HRMM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	50%	Soporte es el convenio firmado con el Gimnasio Smart Fit	–	Se realiza gestión con la universidad UDES para realizar un convenio que beneficie al Hospital Regional del magdalena medio	Dary Luz Lavalle Bohórquez	24%	60%	pantallazo del correo que se envio a la universidad	–	Se realiza gestión con INDERBA para realizar un convenio que beneficie a los funcionarios de la ESE HRMM en Bienestar e incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	30%	75%	Evidencia de las gestiones realizadas para el convenio con INDERBA	–	Se firmó convenio con INDERBA por 1 año para beneficiar a los funcionarios de la ESE HRMM en Deporte y Recreación	Dary Luz Lavalle Bohórquez	40%	100%	Convenio con inderba	–
				V. Verificar el cumplimiento de los convenios definidos	10%	Convenios	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	se realizo la verificación del cumplimiento del pactado con un porcentaje de cumplimiento del 50%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	soporte fotografico Evento de Lazamiento del convenio y socialización entre los funcionarios de la ESE HRMM	–	se realizo la verificación del cumplimiento del pactado con un porcentaje de cumplimiento del 50%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	6%	60%	soporte fotografico Evento de Lazamiento del convenio y socialización entre los funcionarios de la ESE HRMM	–	se realizo la verificación del cumplimiento del pactado con un porcentaje de cumplimiento del 70%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7%	70%	soporte fotografico reunion con gerente de Inderba para concretar la firma del convenio Inderba-ESE HRMM y oficios enviados	–	se realizo la verificación del cumplimiento del pactado con un porcentaje de cumplimiento del 100%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Convenios	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–
Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de la calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	% personal asistió a Inducción y reinducción	INDUCCION Y REINDUCCION	P: Estructura la planeación para las jornadas de inducción y reinducción del personal para la vigencia 2022	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-25	2022-01-31	Atendiendo las directrices del FURAG, se da inicio a las Reinducción e Inducción en compañía de la profesional SGSST	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	Cronograma planteado	–	Para atender las directrices del FURAG, se planea varias actividades que apuntan afianzar los valores dentro de la institución y dar a conocer tanto el video institucional con la INDUCCION de la ESE HRMM como el Código de Integridad	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	Soporte con fotografia del grupo interdisciplinario en reunión	–	Para atender las directrices del FURAG, se planea varias actividades que apuntan afianzar los valores dentro de la institución y dar a conocer tanto el video institucional con la INDUCCION de la ESE HRMM como el Código de Integridad	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	Soporte con fotografia del grupo interdisciplinario en reunión	–	Para atender las directrices del FURAG, se planea varias actividades que apuntan afianzar los valores dentro de la institución y dar a conocer tanto el video institucional con la INDUCCION de la ESE HRMM como el Código de Integridad	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte con fotografia del grupo interdisciplinario en reunión	–
				H.Realizar la jornada de inducción y reinducción que incluya el 100% del personal.	70%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se dio inicio a la inducción con el área de Facturación	Dary Luz Lavalle Bohórquez	17.5%	25%	fotografias y lista de asistencia	–	Se han realizado 4 reuniones con el grupo interdisciplinario dado continuidad a las tareas planeadas	Dary Luz Lavalle Bohórquez	35%	50%	Soporte Actas de reunión	–	Se han realizado 5 reuniones con el grupo interdisciplinario dado continuidad a las tareas planeadas	Dary Luz Lavalle Bohórquez	52.5%	75%	Soporte Evidencias fotograficas	–	Se han realizado varias jornadas de inducción y reinducción con SSO que ingresaron y con el personal de planta actual	Dary Luz Lavalle Bohórquez	70%	100%	Soporte planilla de asitencia a las jornadas, fotografias	–
				V. Verificar el cumplimiento de las jornadas de inducción y reinducción de la ESE según cronograma	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	Se elaboró un cronograma de actividades para la realización del video Institucional INDUCCION y REINDUCCION de la ESE HRM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	soporte Cronograma de Ejecución	–	Se elaboró un cronograma de actividades para la realización del video Institucional INDUCCION y REINDUCCION de la ESE HRMM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	soporte Cronograma de Ejecución	–	se continuo con el desarrollo del cronograma de actividades planeado para la INDUCCION y REINDUCCION de la ESE HRMM	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	75%	soporte Cronograma de Ejecución	–	Se han realizado varias jornadas de inducción y reinducción con áreas como subcientífica y facturación	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	Soporte lista de asistencia firmada por los funcionarios a quienes se les dio la inducción y ejecución del cronograma	–
				A. Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Plan de Gestión SOGC	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	2022-01-31	2022-12-31	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	2.5%	25%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	no aplica	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7.5%	100%	–	–	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	–	–