Hospital Regional

FORMULACION PLAN DE ACCION

CODIGO	OBJETIVO ESTRATÉGICO	PROGRAMA	INDICADOR DE LA META	META BASE DE CUMPLIMIENTO	ACTIVIDADES PLANEADAS		PONDERACIÓN POR ACTIVIDAD (%)	RECURSOS	RESPONSABLE	CRONOGRAMA FECHA INICIO	CRONOGRAMA FECHA FINAL
MP1	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 Calidad	Numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias internas realizadas/Número de acciones de Mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditorias registradas en el PAMEC	Fortalecer la efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	PLANEAR	Definir el plan de Mejoramiento para el pamec de la vigencia 2025 bajo los lineamientos definidos en la ruta crítica	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	25/1/2025	30/4/2025
					HACER	Implementar el Plan de Mejoramiento definido para el ciclo de la vigencia 2025	40%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	30/4/2025	31/12/2025
					VERIFICAR	Evaluar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento de cada uno de los grupos de estándares	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/11/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Tomar acciones correctias ante desviaciones realizadas	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/11/2025	31/12/2025
MP2	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 Calidad	Mejoramiento continuo de la calidad a entidades no acreditadas con autoevalución en la vigencia anterior	Cumplir igual o mayor al 93% las acciones de mejora producto de las autoevaluaciones de acreditación.	PLANEAR	Definir el plan de trabajo par la implementación de la ruta crítica del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de calidad en salud	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/2/2025	30/4/2025
					HACER	Implementar la Autoevaluación bajo los lineamientos definidos en la resolución 5095 de 2018	40%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/2/2025	30/4/2025
					VERIFICAR	Reportar el resultado de autoevaluación para la vigencia 2025	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/2/2025	30/4/2025
					ACTUAR	Tomar acciones correctias ante desviaciones realizadas	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Asesor Calidad Asesor PAMEC	1/2/2025	30/4/2025
MP3	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	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad-Sistema Unico de Habilitación	PLANEAR	Realizar plan de trabajo para la asesoria y acompañamiento para autoevaluaciòn de la ESE HRMM RES. 3100/19	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Calidad	1/2/2025	28/2/2025
					HACER	Implementar la autoevaluación bajo los lineamientos definidos en la resolucion 3100/19	40%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Calidad	28/2/2025	31/10/2025
					VERIFICAR	Evaluar cumplimiento de la autoevaluación según resolucion 3100/19 en cada uno de los servicios de salud habilitados en el REPS	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Calidad	30/3/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas frente a desviaciones	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Calidad	1/3/2025	31/12/2025
MP4	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 la ESE HRMM de acuerdo con la metodología establecida por la función pública.	PLANEAR	Planear la evaluación de la rendición de cuentas en el Plan Anual de Auditorias de Control Interno	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2/1/2025	31/1/2025
					HACER	Realizar informe de evaluación de la rendición de cuentas	50%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2/2/2025	31/12/2025
					VERIFICAR	Verificar el cumplimiento de las actividades desarrolladas en la Rendición de cuentas	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2/2/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Tomar las decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos	10%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	2/2/2025	31/12/2025
MP5	Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	CONTROL Y EVALUACIÒN	Cumplimiento Plan de Auditoria	Ejecucion y cumplimiento al Plan Anual de auditoria de Control Interno	PLANEAR	Proyectar el plan anual de auditoria de control interno, presentarlo y socializarlo a la alta gerencia.	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	2/1/2025	28/2/2025
					HACER	Ejecutar las actividades propuestas en el Plan Anual de auditoria de Control Interno	50%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	28/2/2025	31/12/2025
					VERIFICAR	Verificar mediante seguimiento al cumplimiento del plan de auditoria de control interno	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	28/2/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Tomar acciones frente a las desviaciones encontradas	10%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Oficina Asesora de Control Interno	28/2/2025	31/12/2025
MP6	SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Actividades Realizadas x 100 Actividades programadas	CONTINUIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SITEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA LAS 24 HORAS DEL DIA	PLANEAR	contratar el personal auxiliar de referencia y contrarefrencia de la institucion y tripulacion de ambulancias	25%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	2/1/2025	15/2/2025
					HACER	1. Diligenciar los anexos del sistema de referencia 2. Reportar al CRUE y EAPB 3. reitir al inofrmacion trilmestral a la supérsalud 4. verificar el correcto funcionamineto de las mabulancias.	40%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	15/2/2025	31/12/2025
					VERIFICAR	1. Verifiacion mediante el oportuno reporte de remision de los usuarios	25%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	15/2/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Comprobar la adecuada modulacion, cargue,y salida del usuario en el proceso de remision documentando las gestiones en la hisotria clinica del usuario	10%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	15/2/2025	31/12/2025
MP7	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.	SUBGERENCIA CIENTIFICA /CALIDAD	Cantidad de comités programados/ Cantidad de comités ejecutados	Cumplir con el cronograma de Comites Institucionales a cargo de la Subgerencia Cientifica	PLANEAR	Realizar cronograma para la realizacion de los diferenctes comites a carago de la Subgerencia Cientifica	20%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/1/2025	31/1/2025
					HACER	Realizar los comité de acuerdo al cronograma establecido para la realizacion de los comites institucionales	40%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/2/2025	31/12/2025
					VERIFICAR	Realizar la verificacion mediante lel cumplimiento de los compromisos dejados en actas y registros de asistencias de los integrantes de los comites institcionales	30%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/2/2025	31/12/2025
					ACTUAR	Tomar acciones frente a las desviaciones encontradas	10%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2/2/2025	31/12/2025
					PLANEAR	RECOLECCION DE INDICADORES DE CADA LIDER DEL PROCESO	25%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/1/2025	31/1/2025

SEGUIMIENTO PRIMER TRIMESTRE (ENERO - FEBRERO - MARZO) / SEGUIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE (ABRIL - MAYO - JUNIO)

CODIGO / ACTIVIDAD	I TRIM. ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	% DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES	II TRIM. ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	% DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
MP1 PLANEAR	Se realizo la definicion de la ruta critica del PAMEC para la vigencia 2025 en donde se relaizola definicion de Oporunidades de Mejoraiento acorde con los estandares priorizados	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	Reporte instrumento o Matriz de Ruta Critica	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	-	No se presnetan avances del sebgundo trimestre
MP1 HACER	Se evidencia gestion de consolidacion de soportes de las evidencias de cada plan de mejoramiento	Asesor Calidad Asesor PAMEC	10%	25%	Informe Consolidado de Planes de Mejoramiento	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	10%	25%	-	
MP1 VERIFICAR	Se realizo cierre correspondiente al primer plan de mejoramiento	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	Informe Consolidado planes de Mejoramiento	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	-	
MP1 ACTUAR	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	Matriz de Ruta critica	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	5%	25%	-	
MP2 PLANEAR	Plan de trabajo - Auditorias internas 2025.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	Cronograma de auditorias internas primer trimestre 2025 definido en comité de calidad.		-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	-	No se presnetan avances del sebgundo trimestre
MP2 HACER	Se realizo la autoevaluacion de la ruta critica del PAMEC.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	Reporte instrumento de autoevaluacion ruta critica del PAMEC 2025.	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	-	
MP2 VERIFICAR	Se evidencia reporte de resultado autoevaluacion	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	Analisis del reporte de autoevalaucion.	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	-	
MP2 ACTUAR	No se presentaron desviaciones ni acciones correctivas	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	matriz plan de mejoramiento	-	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC	20%	25%	-	
MP3 PLANEAR	Se definio el plan de trabajo a traves de comité de calidad y cronograma de auditorias internas.	Calidad	10%	50%	Cronograma de auditorias internas primer trimestre 2025 definido en comité de calidad.	-	-	Calidad	10%	50%	-	No se presnetan avances del sebgundo trimestre
MP3 HACER	Se realizo implementacion de autoevaluacion a traves de auditorias internas a los servicios de Urgencias, consulta externa, hospitalizacion, cirugia, farmacia, clinico, imagenologia y Vacunacion, según Resolucion 3100/2019.	Calidad	20%	50%	Reporte instrumento de autoevaluacion y analisis de indicador de cumplimiento.	-	-	Calidad	20%	50%	-	
MP3 VERIFICAR	Se realizo verificacion de cumplimiento mediante formato de autoevaluacion para todos los servicios según lo establecido en Resolucion 256/2019.	Calidad	6%	30%	Analisis de reporte de autoevaluacion realizado.	-	-	Calidad	6%	30%	-	
MP3 ACTUAR	Se realizo plan de mejoramiento según las hallazhos evidenciados en la autoevaluacion de estandares de habilitacion.	Calidad	8%	40%	Matriz plan de mejoramiento, Documento soporte de acciones implementadas.	-	-	Calidad	8%	40%	-	
MP4 PLANEAR	Se realizo reunion con lo lideres de las areas para programar dia en que se realizara la rendicion de cuenta de la ESE HRMM de la vigencia 2024, donde se estipulo que quedara para el 02 de julio de2025	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	-	-	Se realizo reunion con lo lideres de las areas para programar dia en que se realizara la rendicion de cuenta de la ESE HRMM de la vigencia 2024, donde se estipulo que quedara para el 02 de julio de2025	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	-	-
MP4 HACER	-	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	-	-	Se realiza y publica en la pagina web de la entidad el informe de la rendicion de cuentas de la vigencia 2024 Se desarrolla audiencia de rendicion de cuentas para la vigencia 2024, el dia 26 de junio de 2025. De acuerdo a lo desarrollado en la audiencia, se procede con la realizacion de certificacion de realizacion de la audiencia; asi mismo se publica en la pagina web el informe de la rendicion de cuenta viegancia 2024	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	1. Informe de la rendicion de cuentas de la vigencia 2024 2. Certificado emitido por control interno	-
MP4 VERIFICAR	-	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	-	-	Se realizo la respectiva verificacion y cumplimiento de la normatividad que rige la rendicion de cuentas	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	-	-
MP4 ACTUAR	-	Oficina Asesora de Control Interno	0%	0%	-	-	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	-	-
MP5 PLANEAR	Se realizo Plan Anual de Auditoria y de seguimientos de la oficina de Control Interno de la entidad, donde se programan cada una de las auditoria a realizar por esta area, seguimiento a diferentes procesos e informes de seguimiento de la vigencia 2025	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias y seguimiento de Control Interno	-	Se realizo Plan Anual de Auditoria y de seguimientos de la oficina de Control Interno de la entidad, donde se programan cada una de las auditoria a realizar por esta area, seguimiento a diferentes procesos e informes de seguimiento de la vigencia 2025	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	Plan Anual de Auditorias y seguimiento de Control Interno	Actividad ejecutada en el primer trimestre
MP5 HACER	Se ha avanzado progresivamente con la ejecucion del Plan Anual de Auditoria y seguimientos programado: - Informe primer trimestre de austeridad y eficiencia en el gasto - Informe ejecutivo anual del sistema de control interno - Informe de control interno contable - Seguimiento al plan de mejoramiento - Reporte FURAG - Seguimiento al Plan de Accion - Cierre del plan de accion de la vigencia 2024	Oficina Asesora de Control Interno	12.5%	25%	Informe primer trimestre de austeridad y eficiencia en el gasto Informe ejecutivo anual del sistema de control interno Informe de control interno contable Seguimiento al plan de mejoramiento Evaluacion independiente al sistema de control interno Seguimiento al Plan de Accion	-	Se ha avanzado progresivamente con la ejecucion del Plan Anual de Auditoria y seguimientos programado: - Seguimiento al Plan Anticorrupcion y Atencion al Ciudadano (1er cutrimestre - Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto (2do trimestre) - Seguimiento a las PQRSF (1er semestre) - Seguimiento al plan de mejoramienro (2do trimestre) - Auditoria al area de sistemas, secop, presupuesto) - Evaluacion independiente al sustema de control interno (primer semestre)	Oficina Asesora de Control Interno	25%	50%	Seguimiento al Plan Anticorrupcion y Atencion al Ciudadano Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Seguimiento a las PQRSF Seguimiento al plan de mejoramienro	-
MP5 VERIFICAR	Se verifica mediante el seguimiento a cada uno de los procesos	Oficina Asesora de Control Interno	5%	25%	Informe primer trimestre de austeridad y eficiencia en el gasto Informe ejecutivo anual del sistema de control interno Informe de control interno contable Seguimiento al plan de mejoramiento Evalucaion independiente al sistema de control interno Seguimiento al Plan de Accion	-	Se verifica mediante el seguimiento a cada uno de los procesos	Oficina Asesora de Control Interno	10%	50%	Seguimiento al Plan Anticorrupcion y Atencion al Ciudadano Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Seguimiento a las PQRSF Seguimiento al plan de mejoramienro	-
MP5 ACTUAR	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	2.5%	25%	-	-	No se presentaron Desviaciones, ni acciones correctivas.	Oficina Asesora de Control Interno	5%	50%	-	-
MP6 PLANEAR	SE REALIZO CONTRATACION CON EMPRESA VIVASALUD DE LAS AUXILIARES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. CONDUCTPRES Y AUXILIARES DE TRASLADO MEDIANTE CONTRATO HORA LABOR. TECNOLOGICOS: COMPUTADOR . LINEA TELEFONICA- LINEA CELULAR, VIA CORREO ELECTRONICO, AMBULANCIA MEDICALIZADA Y BASICA.	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	25%	100%	CONTRATACION DEL PERSONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	-	SE REALIZO CONTRATACION CON EMPRESA VIVASALUD DE LAS AUXILIARES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. CONDUCTPRES Y AUXILIARES DE TRASLADO MEDIANTE CONTRATO HORA LABOR. TECNOLOGICOS: COMPUTADOR . LINEA TELEFONICA- LINEA CELULAR, VIA CORREO ELECTRONICO, AMBULANCIA MEDICALIZADA Y BASICA.	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	25%	100%	CONTRATACION DEL PERSONAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Actividad ejecutada en el primer trimestre
MP6 HACER	SE REALIZA LA COMUNICACIÓN CON LAS IPS, EPS, CRUE DISTRILTAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USUARIOS EN PROCESO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	10%	25%	REPORTE DE REMISIONES	-	SE REALIZA LA COMUNICACIÓN CON LAS IPS, EPS, CRUE DISTRILTAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USUARIOS EN PROCESO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	20%	50%	REPORTE DE REMISIONES	-
MP6 VERIFICAR	SE ENTREGA EL INOFORME DIARIO A LOS CRUE DISTRITAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USURIOS EN PROECSO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	6%	25%	REPORTE DE REMISIONES	-	SE ENTREGA EL INOFORME DIARIO A LOS CRUE DISTRITAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USURIOS EN PROECSO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	12.5%	50%	REPORTE DE REMISIONES	-
MP6 ACTUAR	INFORME ENTREGADO A LA SUPERSALUD	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	2.5%	25%	RERPORTE A LA SUPERSALUD	-	INFORME ENTREGADO A LA SUPERSALUD MESES ABRIL MAYO JUNIO 2 TRIMESTRE	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	5%	50%	RERPORTE A LA SUPERSALUD	-
MP7 PLANEAR	CRONOGRAMAS DE COMITES SE REALIZAN LOS DIAS 25 AL 30 DE CADA MES. LIDERES DE COMITES ESTABLECIDOS. REUNIOPNES PROGRAMDAS.	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	25%	100%	-	-	CRONOGRAMAS DE COMITES SE REALIZAN LOS DIAS 25 AL 30 DE CADA MES. LIDERES DE COMITES ESTABLECIDOS. REUNIOPNES PROGRAMDAS.	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	25%	100%	-	Actividad ejecutada en el primer trimestre
MP7 HACER	SE REALIZAN LOS COMITES INSTITUCIONALES ENCABEZADOS POR SUBGERENCIA CIENTIFICA DE MANERA MENSUAL	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	10%	25%	ACTAS DE COMITES REALIZADOS	-	DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE SE REALIZAN LOS COMITES INSTITUCIONALES ENCABEZADOS POR SUBGERENCIA CIENTIFICA DE MANERA MENSUAL	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	20%	50%	ACTAS DE COMITES REALIZADOS	-
MP7 VERIFICAR	ACTAS DE COMITES PRESENTADOS Y DOCUMENTADOS A LA LIDER DE CALIDAD. ASI MISMO SE LE HACE SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LOS COMITES	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	8%	25%	ACTAS DE COMITES REALIZADOS	-	ACTAS DE COMITES PRESENTADOS Y DOCUMENTADOS A LA LIDER DE CALIDAD. ASI MISMO SE LE HACE SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LOS COMITES	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	15%	50%	ACTAS DE COMITES REALIZADOS	-
MP7 ACTUAR	PLANES DE MEJORA REALIZADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2.5%	25%	-	-	PLANES DE MEJORA REALIZADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	5%	50%	-	-
PLANEAR	INDICADORES DE SUPERSALUD REALIZADOS Y PRESENTADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	6%	25%	INDICADORES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO	-	INDICADORES DE SUPERSALUD REALIZADOS Y PRESENTADOS MESES ABRIL MAYO	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	11%	45%	INDICADORES DE ABRIL, Y MAYO	-

SEGUIMIENTO TERCER TRIMESTRE (JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE) / SEGUIMIENTO CUARTO TRIMESTRE (OCTUBRE - NOVIEMBRE - DICIEMBRE)

CODIGO / ACTIVIDAD	III TRIM. ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	% DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	IV TRIM. ACTIVIDADES EJECUTADAS	RESPONSABLE	RESULTADO DEL INDICADOR	% DE AVANCE DE LA ACTIVIDAD	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
MP1 PLANEAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				se realizaron audiotrias internas a procesos asitenciales seguridad del paciente y formato de apreciacion IAMII	Asesor Calidad Asesor PAMEC	40%	100%	informe hallazgos auditoria	SIN OBSERVACIONES
MP1 HACER	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Se realizo implementacion de los 10 pasos de estrategia Instituciones amigas de la mujer e Infancia Integral IAMII.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	100%	100%	carpeta 3 evidencias PAMEC	
MP1 VERIFICAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Indicadores PAMEC- RUTA CRITICA enfocados en Ruta Materno Perinatal	Asesor Calidad Asesor PAMEC	80%	100%	CARPETA evidencias PAMEC	
MP1 ACTUAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Seguimiento al plan de mejoramiento propuesto y los soportes de acciones ejecutadas.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	75%	100%	Informe ejecutivo carpeta pamec.	
MP2 PLANEAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				realizacion de auditoria en autoevaluacion del SUA	Asesor Calidad Asesor PAMEC	80%	100%	carpeta PAMEC estandares priorizados	SIN OBSERVACIONES
MP2 HACER	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Se realiza autoevaluacion interna de estandares priorizados en PAMEC.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	80%	100%	anexo autoevaluacion ultimo trimestre	
MP2 VERIFICAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Se realizo analisis de cumplimiento de verificacion de estandares y revision de brechas de no calidad .	Asesor Calidad Asesor PAMEC	75%	100%	carpeta evidencias PAMEC.	
MP2 ACTUAR	-	Asesor Calidad Asesor PAMEC				Seguimiento al plan de mejoramiento propuesto y los soportes de acciones ejecutadas.	Asesor Calidad Asesor PAMEC	75%	100%	CARPETA EVIDENCIAS PAMEC	
MP3 PLANEAR	-	Calidad				Se realizaron auditorias internas en conjunto con seguridad del paciente al servicio de urgencias y hospitalizacion.	Calidad	40%	100%	Informe hallazgos de auditoria	No Aplica
MP3 HACER	-	Calidad				Se realizo autoevaluacion interna de todos los estandares según resolucion 3100/2019	Calidad	100%	100%	Anexo Auoevaluacion resolucion 3100/2019 (Octubre-Noviembre-Diciembre)	Se realiza de manera mensual a todos los servicios habilitados.
MP3 VERIFICAR	-	Calidad				Se realizó analisis de verificación de cumplimiento de autoevaluación Res. 3100 de 2019.	Calidad	88%	100%	Analisis de indicador fenix IP32 (Octubre-Noviembre-Diciembre)	Analisis realizado a traves de cumplimiento de Indicador Fenix IPS32
MP3 ACTUAR	-	Calidad				Seguimiento al plan de mejoramiento propuesto y los soportes de acciones ejecutadas.	Calidad	10%	81%	Matriz plan de mejoramiento frente hallazgos de autoevaluacion	No Aplica
MP4 PLANEAR		Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno				Se cumplio con el indicador en el segundo semestre	Gerencia - Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	N/A	SIN OBSERVACIONES
MP4 HACER		Oficina Asesora de Control Interno				Se cumplio con el indicador en el segundo semestre	Oficina Asesora de Control Interno	50%	100%	N/A	SIN OBSERVACIONES
MP4 VERIFICAR		Oficina Asesora de Control Interno				Se cumplio con el indicador en el segundo semestre	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	N/A	SIN OBSERVACIONES
MP4 ACTUAR		Oficina Asesora de Control Interno				No se evidencia seguimiento. Asi mismo, no se encontro seguimiento por parte de la Jefe de Control Interno al tercer trimestre del Plan de accion durantes los meses de julio, agosto y septiembre de la vigencia 2025	Oficina Asesora de Control Interno	10%	100%	N/A	SIN OBSERVACIONES
MP5 PLANEAR		Oficina Asesora de Control Interno				Se cumplio con el indicador en el primer semestre	Oficina Asesora de Control Interno	20%	100%	N/A	SIN OBSERVACIONES
MP5 HACER		Oficina Asesora de Control Interno				De acuerdo al seguimiento de trazabailidad realizado por la nueva jefe de control interno posesionada desde el dia 02 de enero de 2026 no se evidencia realizacion de auditorias para el cuarto trimestre de la vigencia 2025. Asi mismo y conforme al empalme de la vigencia 2025 presentado por la jefe de control interno saliente , se esta desarrollando un informe ejecutivo del estado actual de la oficina de control interno de la E.S.E HRMM con el fin de evidenciar que informes y auditorias no se realizaron por la jefe saliente durante la vigencia 2025 y que seran el insumo de trabajo para las presentaciones de los diferentes informes que se deben rendir ante los organos de control por la finalizacion de la vigencia 2025. El indicador se establece de acuerdo al ultimo informe presentado en el segundo trimstre confirmando en un 25% de cumplimiento. Lo anterior, obedebe a que la en la vigencia 2025 la jefe de control interno en propiedad presenta renuncia y luego es nombrada en encargo a otra profesional quien ya ejercia otro encargo en otra E. S.E HRMM.	Oficina Asesora de Control Interno	25%	50%		NO SE CUMPLIO CON LA META
MP5 VERIFICAR		Oficina Asesora de Control Interno				No se evidencia seguimiento y/o desarrollo a Plan anual de auditorias. Asi mismo, no se encontro seguimiento por parte de la Jefe de Control Interno al tercer trimestre del Plan de accion durantes los meses de julio, agosto y septiembre de la vigencia 2025. Esta informacion se constato en informes de empalme, trazabilidad de archivos digitales y la pagina web de la entidad. Se encuentra en tramite el informe ejecutivo de vigencia 2025 que sera entregado a la alta gerencia para su conocimiento y fines pertinentes.	Oficina Asesora de Control Interno	10%	50%		NO SE CUMPLIO CON LA META
MP5 ACTUAR		Oficina Asesora de Control Interno				No se realizo seguimiento.	Oficina Asesora de Control Interno	5%	50%	-	NO SE CUMPLIO CON LA META
MP6 PLANEAR		Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia				SE REALIZO CONTRATACION CON EMPRESA VIVASALUD DE LAS AUXILIARES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. CONDUCTPRES Y AUXILIARES DE TRASLADO MEDIANTE CONTRATO HORA LABOR. TECNOLOGICOS: COMPUTADOR . LINEA TELEFONICA- LINEA CELULAR, VIA CORREO ELECTRONICO, AMBULANCIA MEDICALIZADA Y BASICA.	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	25%	100%	Actividad cumplida durante el primer trimestre	SIN OBSERVACIONES
MP6 HACER		Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia				SE REALIZA LA COMUNICACIÓN CON LAS IPS, EPS, CRUE DISTRILTAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USUARIOS EN PROCESO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	40%	100%	REPORTE DE REMISIONES	
MP6 VERIFICAR		Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia				SE ENTREGA EL INOFORME DIARIO A LOS CRUE DISTRITAL Y DEPARTAMENTAL DE LOS USURIOS EN PROECSO DE REMISION	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	25%	100%	REPORTE DE REMISIONES	
MP6 ACTUAR		Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia				INFORME ENTREGADO A LA SUPERSALUD MESES ABRIL MAYO JUNIO 2 TRIMESTRE	Subgerencia Cientifica Urgencias, Referencia	10%	100%	RERPORTE A LA SUPERSALUD	
MP7 PLANEAR		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				SE DESIGNARA SEGUN CRONOGRAMA DE REUNIONES SOBRE LOS COMITES DE SIAU, SEGURIDAD DEL PACIENTE , URGENCIAS , FARMATO TECNO VIGILANCIA, COVES DE SALUD PUBLICA , GAGAS, INFORME DE CALIDAD , ETICA MEDICA Y DOCENCIA DEL SERVICIO , HISTORIA CLINICA	KATHYA	20%	100%	CRONOGRAMAS DE REUNIONES	SIN OBSERVACIONES
MP7 HACER		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				SE REALIZARON LOS COMITES SIAU, SEGURIDAD DEL PACIENTE , URGENCIAS , FARMATO TECNO VIGILANCIA, COVES DE SALUD PUBLICA , GAGAS, INFORME DE CALIDAD , ETICA MEDICA Y DOCENCIA DEL SERVICIO , HISTORIA CLINICA	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	40%	100%	SE ENVIA ACTAS DE REUNIONES DE COMITE	
MP7 VERIFICAR		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				SE REVISARON COMPROMISOS ANTERIORES REALIZADOS EN LAS ACTAS DE LOS DIFERENTES COMITES (SIAU, SEGURIDAD DEL PACIENTE , URGENCIAS , FARMATO TECNO VIGILANCIA, COVES DE SALUD PUBLICA , GAGAS, INFORME DE CALIDAD , ETICA MEDICA Y DOCENCIA DEL SERVICIO , HISTORIA CLINICA)	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	30%	100%	SE ENVIA ACTAS DE REUNIONES DE COMITE	
MP7 ACTUAR		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia				SE REALIZARON LOS PLANES DE MEJOR RESPECTIVOS EN CADA COMITE , LOS CUALES QUEDAN CONSIGNADOS EN CADA ACTRE DE COMITE REALIZADO (SIAU, SEGURIDAD DEL PACIENTE , URGENCIAS , FARMATO TECNO VIGILANCIA, COVES DE SALUD PUBLICA , GAGAS, INFORME DE CALIDAD , ETICA MEDICA Y DOCENCIA DEL SERVICIO , HISTORIA CLINICA)	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	10%	100%	SE ENVIA ACTAS DE REUNIONES DE COMITE	
PLANEAR		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				MEJORAR LA OPORTUNIDAD EN LA ATERNCION DEL PACIENTE CLASIFICADO TRIAGE 2	REINALDO NAVARRO Y SUBCIENTIFICA	25%	100%	BASE DE REPORTE, CONTRATACION DE SEGUNDO TIEMPO	

MP8	ANALIZAR LOS INDICADORES DE FENIX QUE SE PRESENTAN A LA SUPERSALUD	Plan de accion Superintendencia Nacional de Salud	RECOLECTAR LOS INIDCADORES Y ANALIZARLOS PARA MONTAR EN LA PLATAFORMA FENIX DE LA SUPERSALUD	RECOLECCION INDICADORES MENSUALMENTE	HACER	REALIZAR LA EVALUACION DE LOS INDICADORES FENIX	40%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/2/2025	31/12/2025	ANALISIS PRESENTADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	10%	25%	INDICADORES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO	-	ANALISIS MESES DE ABRIL Y MAYO	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	18%	45%	INDICADORES DE ABRIL, Y MAYO	-	-		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				SSE ENVIO REPORTE DE LAS 11 AM DEL ULTIMO TRTIMESTRELA OPORTUNIDAD DEL TIEMPO DE DE ATENCION DEL PACIENTE TRIAGE 2	REINALDO NAVARRO Y SUBCIENTIFICA	40%	100%	SE ANEXA EN REPORTES	SIN OBSERVACIONES
					VERIFICAR	ANALIXZAR CADA INDICADOR FENIX Y MONTARLOS EN LA PLATAFORMA DE LA SECRETARIA DE SALUD	25%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	2/2/2025	31/12/2025	INDICADORES PRESENTADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	6%	25%	INDICADORES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO	-	INDICADORES PRESENTADOS LA SUPERSALUD CON REVISION DE FISCAL DE INTERVENTORIA	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad	11%	45%	INDICADORES DE ABRIL, Y MAYO	-	-		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad				VERIFICACION PERMANENTE EN LA ATENCION TRIAGE 2	REINALDO NAVARRO Y SUBCIENTIFICA	25%	100%	SE ANEXA EN REPORTEREPORTE DE TRIAGE DIARIO	
					ACTUAR	CORREGIR LAS DESVIACIONES	10%	Humanos y tecnologicos	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2/2/2025	31/12/2025	PLAN DE MEJORA EJECUTADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	2.5%	25%	-	-	PLAN DE MEJORA EJECUTADOS	Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia	4.5%	45%	-	-	-		Subgerencia Cientifica Profesional de Calidad Gerencia				SE AMPLIO CONSULKTORIO PARA TRIAGE, GRUPO DE WAP ATENCION TIEMPO TRIAGE , Y CONTRATACION DE ENFERMERA TRIAGE	REINALDO NAVARRO Y SUBCIENTIFICA	10%	100%	EVIDENCIA FISICA EN URGENCIAS	
MP9	Fortalecer el Programa de Seguridad del Paciente por medio de la adhernecia a los paquetes instruccionales priorizados en la insitucion como pilar para la calidad de la atencion en salud	Programa de Seguridad del Paciente	% de adherencia en los paquetes instruccionales de la E.S.E.	medir la adherencia a los paquetes instruccionales en 80% de cumplimiento	PLANEAR	Proyectar el programa de seguridad del paciente perioro 2025, de acuerdo a los objetivos propuestos por las mediciones de años anteriores y los indicadores de calidad.	20%	1.Recursos Humanos 2.Recursos Físicos 3.Recursos Tecnológicos 4.Recursos Economicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	2/1/2025	30/3/2025	Se realizó actualizacion de la politica de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	4%	20%	Se adjunta la resolucion de la politica de seguridad del paciente para la vigencia.	-	Se realizó actualizacion de la politica de seguridad del paciente.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	10%	50%	-	-	-	P: se Proyecto el programa de seguridad del paciente perioro 2025, de acuerdo a los objetivos propuestos por las mediciones de años anteriores y los indicadores de calidad.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	20%	Actas de comité de seguridad del paciente.	Se Proyecto el programa de seguridad del paciente perioro 2025, de acuerdo a los objetivos propuestos por las mediciones de años anteriores y los indicadores de calidad.	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente	20%	100%	Actas de comité de seguridad del paciente.	SIN OBSERVACIONES
					HACER	Desarrollar el plan de trabajo y ejecucion de la medicion de adherencia a los objetivos propuestos en seguridad del paciente para la vigencia	40%			30/3/2025	30/12/2025	Se desarrollo la implementacion de las rondas de seguridad como estrategia del programa de seguridad del paciente		10%	25%		-	Se desarrollo la implementacion de las rondas de seguridad como estrategia del programa de seguridad del paciente		20%	50%	-	-	-	H: Evaluar los indicadore de sesguridad del apciente e implementacion de los paquetes instrccionales.		40%	40%		Evaluar los indicadores de seguridad del paciente por medico de las rondas de seguridad y la a aplicacion de los paquetes instruccionale y las metas institucionales.		40%	100%		
					VERIFICAR	Evaluar periodicamente las estrategias implementadas para la medicion de adherencia	30%			30/3/2025	30/12/2025	Se genera informe trimestral de la ronda de seguridad		8%	25%	se adjunta el informe de rondas de seguridad	-	Se genera informe trimestral de la ronda de seguridad		15%	50%	-	-	-	V: Evaluar periodicamente las estrategias implementadas para la medicion de adherencia		30%	20%		generar el informe mensual de medicion de acciones de seguridad del paciente.		30%	100%		
					ACTUAR	Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones, notificando a la alta gerencia	10%			30/3/2025	30/12/2025	Se plantea plan de mejora para evaluar nuevas estrategias		2.5%	25%		-	Se plantea plan de mejora para evaluar nuevas estrategias		5%	50%	-	-	-	A: Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones, notificando a la alta gerencia		10%	10%		Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones, notificando a la alta gerencia		10%	100%		
MP10	Optimizar la adherencia del programa de Vigilancia a las Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud IAAS	Programa de Infeccionas Asociadas a la Atencion en Salu (IAAS)	% de implementacion de programa de IAAS	Identificar y evaluar la implementacion de Programa de Infecciones Intrahospitalarias IAAS en cumplimiento de 80%	PLANEAR	Proyectar el programa de control de vigilancia a Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud por medio de las estrategias PROA-RAM	20%	1.Recursos Humanos 2.Recursos Físicos 3.Recursos Tecnológicos 4.Recursos Economicos	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	2/1/2025	30/3/2025	Se realizó actualizacion de la politica de IAAS Y PROA y sus indicadores	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	4%	20%	se adjunta comité de IAAS en el cual estan descritas las estrategias implementadas en la busqueda de infecciones y analisis de consumo de antibioticos	-	Se realizó actualizacion de la politica de IAAS Y PROA y sus indicadores	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	10%	50%	-	-	-	P: Proyectar el programa de control de vigilancia a Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud por medio de las estrategias PROA-RAM	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	20%	20%	Actas de comité de Infecciones	Proyectar el programa de control de vigilancia a Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud por medio de las estrategias PROA-RAM	Jefe de Enfermeria del Programa de Seguridad del Paciente- Jefe de enfermeria Programa de Infecciones	20%	100%	Actas de comité de Infecciones	SIN OBSERVACIONES
					HACER	Desarrollar el plan de trabajo y ejecucion a las acciones propuestas para prevenir Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud en la ESE.	40%			30/3/2025	30/12/2025	Se realiza busqueda activa de infecciones asociadas al cuidado de la salud		8%	20%		-	Se realiza busqueda activa de infecciones asociadas al cuidado de la salud		20%	50%	-	-	-	H: Se realiza busqueda activa de infecciones asociadas al cuidado de la salud		40%	20%		Se realiza busqueda activa de infecciones asociadas al cuidado de la salud		40%	100%		
					VERIFICAR	Monitorear las estrategias para la prevencion de Infecciones Asociadas a la Atencion en Salud de acuerdo a los lineamientos	30%			30/3/2025	30/12/2025	No se generan acciones de mejora		0%	0%		-	No se generan acciones de mejora		15%	50%	-	-	-	V: evaluar las estretegias de identificacion de infecciones asociadas a la atencion en salud		30%	20%		de acuerdo a auditrias externas se planea la evaluacion de los indicadores del programa PROA		30%	100%		
					ACTUAR	Tomar las respectivas acciones ante las desviaciones encontradas notificando a la alta gerencia.	10%			30/3/2025	30/12/2025	No se plantea acciones de mejora		2.5%	25%		-	No se plantea acciones de mejora		5%	50%	-	-	-	A: no se plantea acciones de mejora		10%	10%		no se plantea acciones de mejora		10%	100%		
MP11	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.	PLANEAR	Planificar despliegue de la evaluación de satisfacción del usuario mediante la recoplacion de informacion a través de medios tecnológicos, telefónicos y presenciales.	25%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	2/1/2025	31/12/2025	ENERO: EN REUNION CON LA ING KATIA MIER DE CALIDAD Y EL EQUIPO DE SIAU HOSPITAL REGIONAL SE REALIZÓ AJUSTES Y MODIFICACIONES A LA ENCUESTA Y A LA METODLOGÍA DE RCOLECCIÓN DE LA MISMA. SE CONTINUÓ CON LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, TELEFONICA, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	25%	100%	PANTALLAZO DEL CORREO DE CALIDA CON RELACIÓN A LAOS AJUUSTES DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	-	SE CONTINUA CON LA METODLOGÍA PLANTEADA EN EL PRIMER TRIMESTRTE DE RECOLECCIÓN DE LA INFROMACION PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AUN SE CONTINUA CON LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	25%	100%	INFORMES DE SATISTACCIÓN Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION DEL 2025			SE CONTINUA CON LA METODLOGÍA PLANTEADA EN EL PRIMER TRIMESTRTE DE RECOLECCIÓN DE LA INFROMACION PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AUN SE CONTINUA CON LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	25%	100%	INFORMES DE SATISTACCIÓN Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION DEL 2025	SE CONTINUA CON LA METODLOGÍA PLANTEADA EN EL PRIMER TRIMESTRTE DE RECOLECCIÓN DE LA INFROMACION PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AUN SE CONTINUA CON LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	25%	100%	INFORMES DE SATISTACCIÓN Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION DEL 2025	SIN OBSERVACIONES
					HACER	Aplicación de encuestas mensual de satisfacción de la población atendida por servicio ; para que la muestra sea significativa se tomará el 10% de la cantidad total de la población atendida en cada área. Solo el área de hospitalizacion se tomara el 100%	30%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	2/1/2025	31/12/2025	SE REALIZÓ LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, TELEFONICA, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	7.5%	25%	CORREO ESATISFACCIÓN2021@GMAIL.COM, DRIVE DE LA ENCUSTA DE SATISFACCIÓN MES A MES	-	SE REALIZÓ LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, TELEFONICA, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	15	50%	CORREO ESATISFACCIÓN2021@GMAIL.COM, DRIVE DE LA ENCUSTA DE SATISFACCIÓN MES A MES			SE REALIZÓ LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, TELEFONICA, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	15	50%	CORREO ESATISFACCIÓN 2021@GMAIL.COM, DRIVE DE LA ENCUSTA DE SATISFACCIÓN MES A MES	SE REALIZÓ LAS DIFERENTES ESTRATEGÍAS DE RECOLECCÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: PRESENCIAL, TELEFONICA, LINK COMPARTIDO Y EL QR EN LOS DIFERENTES SERVICIODEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	15	100%	CORREO ESATISFACCIÓN2021@GMAIL.COM, DRIVE DE LA ENCUSTA DE SATISFACCIÓN MES A MES	
					VERIFICAR	Verificar el informe y análisis correspondiente con periodicidad mensual, proyectando el plan de mejoramiento, así como el monitoreo ante su cumplimiento.	25%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	1/2/2025	31/12/2025	INFORMES DE SATISFACCIÓN MENSUAL	Profesional SIAU	6%	25%	ACTA DEL INFORME DE SATISFACCIÓN ENERO, FEBRERO Y MARZO	-	INFORMES DE SATISFACCIÓN MENSUAL	Profesional SIAU	12.5%	50%	ACTA DEL INFORME DE SATISFACCIÓN ABRIL, MAYO Y JUNIO			INFORMES DE SATISFACCIÓN MENSUAL	Profesional SIAU	12.5%	50%	ACTA DEL INFORME DE SATISFACCIÓN ABRIL, MAYO Y JUNIO	INFORMES DE SATISFACCIÓN MENSUAL	Profesional SIAU	12.5%	100%	ACTA DEL INFORME DE SATISFACCIÓN ABRIL, MAYO Y JUNIO	
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	1/2/2025	31/12/2025	COMITES SIAU MENSUALES, SE TOMÁN DECISIONES PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORAS DE ACUERDO AL INFORME DE SATISFACCIÓN E INFORME DE PQRSF.	Profesional SIAU	2.5%	25%	ESTARTEGÍAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN (CÓMITES PRIMARIOS ENERO, FEBRERO Y MARZO)	-	COMITES SIAU MENSUALES, SE TOMÁN DECISIONES PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORAS DE ACUERDO AL INFORME DE SATISFACCIÓN E INFORME DE PQRSF.	Profesional SIAU	5	50%	ESTRATEGÍAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN (CÓMITES PRIMARIOS ABRIL, MAYO Y JUNIO)			COMITES SIAU MENSUALES, SE TOMÁN DECISIONES PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORAS DE ACUERDO AL INFORME DE SATISFACCIÓN E INFORME DE PQRSF.	Profesional SIAU	5	50%	ESTRATEGÍAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN (CÓMITES PRIMARIOS ABRIL, MAYO Y JUNIO)	COMITES SIAU MENSUALES, SE TOMÁN DECISIONES PARA ESTABLECER ACCIONES DE MEJORAS DE ACUERDO AL INFORME DE SATISFACCIÓN E INFORME DE PQRSF.	Profesional SIAU	5	100%	ESTRATEGÍAS DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN (CÓMITES PRIMARIOS ABRIL, MAYO Y JUNIO)	
MP12	Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Cantidad decapacitaciones programados/ Cantidad de capacitaciones ejecutados	Despliegue de plan de capacitación, talleres y sensibilización	PLANEAR	Planificacion de talleres informativos y capacitaciones de autocuidado, humanización y demás relacionados con la atención al usurio y deberes y derechos mediante cronograma de trabajo , 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	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	1/2/2025	30/12/2025	ENERO: SE PLANEÓ REALIZACIÓN DE TALLERES A EJECUTAR DURANTE EL AÑO 2025	Profesional SIAU	20%	100%	PLANEACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL 2025	-	SE CONTINUA REALIZANDO TALLERES PLANTEADO EN EL PLAN DE ACCION 2025	Profesional SIAU	20%	100%	PLANEACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL 2025			SE CONTINUA REALIZANDO TALLERES PLANTEADO EN EL PLAN DE ACCION 2025	Profesional SIAU	20%	100%	PLANEACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL 2025	SE CONTINUA REALIZANDO TALLERES PLANTEADO EN EL PLAN DE ACCION 2025	Profesional SIAU	20%	100%	PLANEACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL 2025	SIN OBSERVACIONES
					HACER	Ejecutar cronograma de trabajo para el despliege de las capacitaciones a usuarios internos y externos de la ESE en cada servicio	40%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	1/3/2025	30/12/2025	DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE (ENERO, FEBRERO Y MARZO), SE HA ESTADO EJECUTANDO LOS TALLERES DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO Y DEL AFILIADO, TALLERES PEDAGÓGICOS A LAS MATERNAS DEL HRMM. TALLER QUE ES EL SIAU?. TALLER COMO INTERPONER UNA PQRS.	Profesional SIAU	10%	25%	ACTAS DE LOS TALLERES REALIZADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2025	-	DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE (ABRIL, MAYO Y JUNIO), SE HA ESTADO EJECUTANDO LOS TALLERES DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO Y DEL AFILIADO, TALLERES PEDAGÓGICOS A LAS MATERNAS DEL HRMM. TALLER QUE ES EL SIAU?. TALLER COVID -19	Profesional SIAU	20%	50%	ACTAS DE LOS TALLERES REALIZADOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2025			DURANTE EL TERCER TRIMESTRE (JUNIO, JULIO Y AGOSTO), SE HA ESTADO EJECUTANDO LOS TALLERES DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO Y DEL AFILIADO, TALLERES PEDAGÓGICOS A LAS MATERNAS DEL HRMM. TALLER QUE ES EL SIAU?. TALLER COVID -19	Profesional SIAU	20%	50%	ACTAS DE LOS TALLERES REALIZADOS EN EL TERCER TRIMESTRE DEL 2025	DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE (OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE), SE HA ESTADO EJECUTANDO LOS TALLERES DE CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO Y DEL AFILIADO, TALLERES PEDAGÓGICOS A LAS MATERNAS DEL HRMM. TALLER QUE ES EL SIAU?. TALLER COVID -19	Profesional SIAU	20%	100%	ACTAS DE LOS TALLERES REALIZADOS EN EL CUARTO TRIMESTRE DEL 2025	
					VERIFICAR	Verificar el despliegue de información y tomar registro fotográfico y planilla de asistencia a fin de calcular la población informada.	30%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	}	1/3/2025	30/12/2025	ACTIVIDADES EJECUTADAS EN SALA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Profesional SIAU	7.5%	25%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	-	ACTIVIDADES EJECUTADAS EN SALA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Profesional SIAU	15%	50%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS			ACTIVIDADES EJECUTADAS EN SALA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Profesional SIAU	15%	50%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS EN SALA DE CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Profesional SIAU	15%	100%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	1/3/2025	30/12/2025	CONTINUAR CON LA SOCIALIZACIÓN DE LOS TALLERES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	2.5%	25%	GENERAR ACCIONES DE MEJORA	-	CONTINUAR CON LA SOCIALIZACIÓN DE LOS TALLERES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	5%	50%	GENERAR ACCIONES DE MEJORA			CONTINUAR CON LA SOCIALIZACIÓN DE LOS TALLERES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	5%	50%	GENERAR ACCIONES DE MEJORA	CONTINUAR CON LA SOCIALIZACIÓN DE LOS TALLERES DEL HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	Profesional SIAU	5%	100%	GENERAR ACCIONES DE MEJORA	
MP13	Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.	GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO	Cantidad de comités programados/ Cantidad de comités ejecutados	Coordinacion , seguimiento y ejecucion de comite SIAU para la medicion de PQRS	PLANEAR	Definir cronograma para realizacion de comité SIAU con el fin de efectura la medicion de PQRS	20%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	2/1/2025	31/1/2025	PLANEACIÓN DE LOS COMITES, SEGÚN CRONOGRAMADE ACTIVIDADE DEL PLAN DE ACCION	Profesional SIAU	20%	100%		-	PLANEACIÓN DE LOS COMITES, SEGÚN CRONOGRAMADE ACTIVIDADE DEL PLAN DE ACCION	Profesional SIAU	20%	100%	INFORMES DE COMITES PRIMARIOS			PLANEACIÓN DE LOS COMITES, SEGÚN CRONOGRAMADE ACTIVIDADE DEL PLAN DE ACCION	Profesional SIAU	20%	100%	INFORMES DE COMITES PRIMARIOS	PLANEACIÓN DE LOS COMITES, SEGÚN CRONOGRAMADE ACTIVIDADE DEL PLAN DE ACCION	Profesional SIAU	20%	100%	INFORMES DE COMITES PRIMARIOS	SIN OBSERVACIONES
					HACER	Realizacion de comité para la medicion de PQRS de la ESE HRMM , estado de estas y seguimiento de compromisos adquiridos	40%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	31/1/2025	31/12/2025	SE REALIZO DE MANERA MENSUAL EL COMITÉ SIAU DONDE SE REALIZA LA MEDICION DE LA PQRSF RECIBIDAD POR LA ESE HRMM; ASI MIMSO SE ADQUEREN COMPROMISOS DE MEJORA	Profesional SIAU	10%	25%	INFORME DE PQRSF	-	SE REALIZO DE MANERA MENSUAL EL COMITÉ SIAU DONDE SE REALIZA LA MEDICION DE LA PQRSF RECIBIDAD POR LA ESE HRMM; ASI MIMSO SE ADQUEREN COMPROMISOS DE MEJORA, TAMBIEN LOS COMITES PRIMARIOS Y LOS COMITES DE ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM	Profesional SIAU	20%	50%	INFORME DE PQRSF / ACTA COMITÉ SIAU, COMITÉ PRIMARIO Y ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM			SE REALIZO DE MANERA MENSUAL EL COMITÉ SIAU DONDE SE REALIZA LA MEDICION DE LA PQRSF RECIBIDAD POR LA ESE HRMM; ASI MIMSO SE ADQUEREN COMPROMISOS DE MEJORA, TAMBIEN LOS COMITES PRIMARIOS Y LOS COMITES DE ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM	Profesional SIAU	20%	50%	INFORME DE PQRSF / ACTA COMITÉ SIAU, COMITÉ PRIMARIO Y ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM	SE REALIZO DE MANERA MENSUAL EL COMITÉ SIAU DONDE SE REALIZA LA MEDICION DE LA PQRSF RECIBIDAD POR LA ESE HRMM; ASI MIMSO SE ADQUEREN COMPROMISOS DE MEJORA, TAMBIEN LOS COMITES PRIMARIOS Y LOS COMITES DE ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM	Profesional SIAU	20%	100%	INFORME DE PQRSF / ACTA COMITÉ SIAU, COMITÉ PRIMARIO Y ALIANZA DE USUARIOS DEL HRMM	
					VERIFICAR	Verificación de los compromisos proyectados y seguimientos de planes de mejora que se encontraran dentro de los informes que se proyectan en el comité SIAU.	30%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	31/1/2025	31/12/2025	SE LE HACE DE MANERA MENSUAL SEGUI IENTO COMPROMISOS Y CIERRE DE LOS MISMOS	Profesional SIAU	7.5%	25%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	-	SE LE HACE DE MANERA MENSUAL SEGUI IENTO COMPROMISOS Y CIERRE DE LOS MISMOS	Profesional SIAU	15%	50%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS			SE LE HACE DE MANERA MENSUAL SEGUIMIENTO COMPROMISOS Y CIERRE DE LOS MISMOS	Profesional SIAU	15%	50%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	SE LE HACE DE MANERA MENSUAL SEGUIMIENTO COMPROMISOS Y CIERRE DE LOS MISMOS	Profesional SIAU	15%	100%	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS	
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Recursos Humanos Recursos Financieros Recursos Tecnológicos	Profesional SIAU	31/1/2025	31/12/2025	GENERAR PLANES DE ACCIÓN	Profesional SIAU	2.5%	25%		-	GENERAR PLANES DE ACCIÓN	Profesional SIAU	5%	50%	ACTIVIDADES DIARIAS DE INFORMACIÓN A LOS USARIOS SOBRE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL L DEL MAGDALENA MEDIO			GENERAR PLANES DE ACCIÓN	Profesional SIAU	5%	50%	ACTIVIDADES DIARIAS DE INFORMACIÓN A LOS USARIOS SOBRE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL L DEL MAGDALENA MEDIO	GENERAR PLANES DE ACCIÓN	Profesional SIAU	5%	100%	ACTIVIDADES DIARIAS DE INFORMACIÓN A LOS USARIOS SOBRE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL L DEL MAGDALENA MEDIO	
MP14	Contribuir al uso seguro y racional de los medicamentos, supervisando y evaluando permanentemente sus riesgos, apoyar la detección, efectuar la evaluación y en la prevención de los riesgos asociados a los medicamentos utilizado en la institucion. Revisar y socializar las alertas Sanitarias de Invima	Seguridad del paciente	Total de Alertas Sanitarias asociadas con medicamentos usados en el HRMM, socializadas ______________*100 Total de Alertas Sanitarias asociadas con medicamentos usados en el HRMM, publicadas por Invima Total de capacitaciones de FV ejecutadas ______________*100 Total de capacitaciones de FV programadas Total de eventos adversos detectados y analizados ______________*100 Total de eventos adversos reportados	IMPLEMENTACION PROGRAMA DE VIGILANCIA INSTITUCIONAL	PLANEAR	1. Conograma de actividades de capacitaciones al personal de salud implicado en de FV periódicamente 2. Estrategias que estimulen la participacion del personal asistencial en el progrma de FV 3. Citación de comités para socializar los eventos adversos que se presenten 4, Ajuste de los documentos y procedimientos del programa	20%	Humano	Químico Farmacéutico	2/1/2025	31/1/2025	1 Elaboraicon de cronograma de capacitaciones para lograr la implementación del Programa institucional de Farmacovigilancia. 2 Se solicitó a 2 entidades farmaceuticas apoyo para incentivar el concurso del personal de salud en la realizacion de los reportes de EA 3 Se efectúa citacion a los miembros del comité de Farmaco tecno reactivovifilancia. 4 Se proyecta la modificacion de documentos del programa de FV	Químico Farmacéutico	5%	25%	Cronograma de capacitaciones	-	Se analiza en el comité de Farmacia y Terapeutica (Farmaco Tecno Reactivo vigilancia- FTR) las alertas sanitarias y los informes de seguridad emitidos mensualmente por INVIMA Se aprueba en el FTR el nuvo formato de registro de eventos adversos de medicamentos Se efctúan mensualmente los comites de FTR vigilancias	Químico Farmacéutico	10%	50%	. Cronograma, capacitacion: ejecucion y modificacion . Actas de comité de Farmaco tecno reactivo vigilancia. Abril mayo y junio	-	-		Químico Farmacéutico					Químico Farmacéutico	20%	100%		SIN OBSERVACIONES
					HACER	1. Ejecutar las capacitaciones programadas 2. Verificar el aporte y las dificultades de los servicios asistenciales con el programa 3. Usar correctamente las herramientas definidas para el análisis de causalidad en los eventos adversos asociados a medicamentos sospechosos, así como el respectivo plan de mejora y cargue en plataformas relacionadas de programas nacionales (VIGIFLOW). 4, Adecuar el Manual de FV y los formatos de registro de informacion del programa	40%	Humano	Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería	17/1/2025	31/12/2025	Se efectuo capacitacion sobre el programa de FV al personal del Servicio Farmaceutico Se incluyen los parametros que se requieren para efectuar la notificacion de EA, en el formato de reporte para su aprobacion	Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería	10%	25%	Asistencia capacitacion sobre el programa de farmacovigilancia	-	Se continúa con el registro de errores de dispensacion en el servicio farmaceutico. Se recopila la informacion en el Formato aprobado, de un evento adverso presentado en uno de los servcicios asistenciales de la institucion. Se define y aplica el algoritmo aprobado por invima para el analisis de causalidad del evento adverso	Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería	20%	50%	. Registro de errores de dispensacion . Formato institucional de registro de Evento adverso diligenciado . Archivo de algoritmo usado para definir causalidad	-	-		Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería				En las sesiones de comité de Farmacia y Terapeutica (Farmaco Tecno Reactivo vigilancia- FTR) se revisan las alertas sanitarias y los informes de seguridad publicados mensualmente por INVIMA	Químico Farmacéutico	40%	100%	. Actas de comité de Farmaco tecno reactivo vigilancia octubre, noviembre y diciembre	
					VERIFICAR	1. Evaluación de conocimiento en las Capacitaciones 2. Revisión de la informacion registra en los formatos de reporte con profesional de Medicina y/o enfermería cuando sea pertinente, 3. Analisis de la frecuencia de los Eventos Adversos relacionados a Medicamentos reportados 4, Socializacion de los ajustes efectuados a los procedimientos y documentos del programa de FV	30%	Humano	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	17/1/2025	31/12/2025	Se presenta el formato de notificacion de EA en el Comité de Farmacia y terapeutic	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	7.5%	25%	Formato de reportes de sosprecha de eventos adversos	-	Se inicia el proceso de analisis del evento adverso y de la informacion relevante de la historia clinica del paciente, inherente al hecho acaecido. Ante el riesgo manifestado por el MD especialista de suspende el uso del lote del famaco sospechoso y se realiza la devolucion correspondiente al proveedor	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	15%	50%	. Reporte a invima en proceso del Evento Adverso . Oficio de devolucion de lote del medicamento sospechoso	-	-		Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina				Se continúa con el registro de errores de dispensacion en el servicio farmaceutico. Se recopila la informacion en el Formato aprobado, de un evento adverso presentado en uno de los servcicios asistenciales de la institucion. Se define y aplica el algoritmo aprobado por invima para el analisis de causalidad del evento adverso	Químico Farmacéutico; coordinación de enfermería	30%	100%	. Registro de errores de dispensacion . Formato institucional de registro de Evento adverso diligenciado . Archivo de algoritmo usado para definir causalidad	
					ACTUAR	De acuerdo a las desviaciones halladas, establecer los respectivos ajustes y/o planes de mejora.	10%	Humano	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	30/1/2025	31/12/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	2.5%	25%	-	-	No se detectaron situaciones que pudiesen considerarse como desviaciones del proceso admon y uso del farmaco y que diesen lugar a acciones correctivas	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	5%	50%	-	-	-		Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina				Se inicia el proceso de analisis del evento adverso y de la informacion relevante de la historia clinica del paciente, inherente al hecho acaecido. Ante el riesgo manifestado por el MD especialista de suspende el uso del lote del famaco sospechoso y se realiza la devolucion correspondiente al proveedor	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	10%	100%	. Reporte a invima en proceso del Evento Adverso	
MP15	Verificacion del Stock de medicamentos y de dispositivos medicos que hacen parte de los carros de paro del HRMM	Seguridad del paciente	No de inspecciones a los carros de paro efectuadas durante el periodo x 100/ No total de inspecciones a los carros de paro programadas	REVISION PERIODICA DE CARROS DE PARO	PLANEAR	Cronograma de revision de los carros de paro ubicados en las distitnas unidad asistenciales de la institucion	20%	Humano	Quimico Farmaceutico	30/1/2025	31/12/2025	Se establece cornograma para revision de carro de paro durante el 1er trimestre de 2025	Quimico Farmaceutico	5%	25%	Cronograma para la revision de carros de paro	-	Se cumplió con el cronograma de inspeccion de los carros de paro ubicados en las unidades asistenciales	Quimico Farmaceutico	10%	50%	Cronograma de revision de carros de paro	-	-		Quimico Farmaceutico				No se detectaron situaciones que pudiesen considerarse como desviaciones del proceso admon y uso del farmaco y que diesen lugar a acciones correctivas	Químico farmacéutico; coordinación de enfermería; profesional de medicina	20%	100%		SIN OBSERVACIONES
					HACER	Ejecutar el proceso de revision programado de los carros de paro, teniendo aspecos como: Correspondencia de los insumos encontrados con los relacionados en el listado Verificar que las cantidades sean las registrada en el formato Revisar fehas de expiración, No de lote, regisro sanitario	40%	Humano	Regente de Farmacia	15/2/2025	31/12/2025	Se efectúa revision de los carros de paro de acuerdo al cronograma definido, verificando los siguientes parametros: Contenido, Cantidades, No de Lote, Registro sanitario, Fecha de vencimiento; Semaforizacion y estado de los productos.	Regente de Farmacia	10%	25%	Formatos de revision de carros de paro durante el trimestre	-	Se efectúa revision del contenido del carro de paro, teniendo en cueta los parametros previamente definidos	Regente de Farmacia	20%	50%	formato de acta de apertura, verificacion y semaforizacion carros de paro	-	-		Regente de Farmacia				Se cumplió con el cronograma de inspeccion de los carros de paro ubicados en las unidades asistenciales	Quimico Farmaceutico	40%	100%	Cronograma de revision de carros de paro	
					VERIFICAR	Contrastar la informacion encontrada de cada de insumo medico, frente a los datos registrado en la ultima revision realizada. Cumpimiento de las reivisiones	30%	Humano	Regente de Farmacia/ Quimico Farmaceutico	15/2/2025	31/12/2025	Se confrontan las cantidades halladascon lo registrdo en os listedos de cada carro de paro	Regente de Farmacia/ Quimico Farmaceutico	7.5%	25%	-	-	Se registran las diferencias halladas entre el inventario fisico y los registros	Regente de Farmacia/ Quimico Farmaceutico	15%	50%	Formatos de revision de carros de paro diligenciados	-	-		Regente de Farmacia/ Quimico Farmaceutico				Se efectúa revision del contenido del carro de paro, teniendo en cueta los parametros previamente definidos	Regente de Farmacia	30%	100%	formato de acta de apertura, verificacion y semaforizacion carros de paro	
					ACTUAR	Según las situaciones encontradas: reponer los farmacos faltantes o los que se ecuentren con fecha de vencimiento inferior a 4 meses	10%	Humano	Regente de Farmacia	15/2/2025	31/12/2025	Se hace la reposicion de los faltantes, a traves de formula o del formato de requisicion según el insumo	Regente de Farmacia	2.5%	25%	-	-	Se hace repsición de los insumos faltantes de la relacion de insumos medicos, por fechas de vancimiento	Regente de Farmacia	5%	50%	-	-	-		Regente de Farmacia				Se registran las diferencias halladas entre el inventario fisico y los registros	Regente de Farmacia/ Quimico Farmaceutico	10%	100%	Formatos de revision de carros de paro diligenciados	
					PLANEAR	Programacion de Adquisicion de medicamentos y dispositivos medicos según promedios de consumo y presupuesto asignado	20%	Humano	Químico Farmacéutico	1/2/2025	31/12/2025	Se realiza listado de necesidades y se remite a recursos fisicos para su envío al proveedor contratado	Químico Farmacéutico	5%	25%	Listado de necesidades	-	Se confecciona listado mensual de necesidades destinados al proveedor de insumos medicos a taves del area de recursos fisicos	Químico Farmacéutico			Archivo con relacion de innsumos medico requeridos para la atencion a los pacientes	-	-		Químico Farmacéutico				Se hace repsición de los insumos faltantes de la relacion de insumos medicos, por fechas de vancimiento	Regente de Farmacia	20%	100%		

MP26	Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	(No. servicios visitados/Total servicios) *100	Plan integral de residuos hospittalarios y similares	PLANEAR	Estructurar el plan integral de residuos hospittalarios y similares para el manejo adecuado de los residuos generados "Peligrosos-NO peligrosos".	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/1/2025	Formulacion de la actualización de PGIRASA	Profesional Ambiental	20%	100%	Documento de Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades e informe semestral, acta Gagas y certificado de disposición final de residuos peligrosos	-	Formulacion de la actualización de PGIRASA	Profesional Ambiental	20%	100%	Documento de Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades e informe semestral, acta Gagas y certificado de disposición final de residuos peligrosos	Actividad ejecutada en el primer trimestre	Formulacion de la actualización de PGIRASA	Profesional Ambiental	100%		Documento de Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades, acta Gagas y certificado de disposición final de residuos peligrosos	Formulacion de la actualización de PGIRASA	Profesional Ambiental	20%	100%	Documento de Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades, acta Gagas y certificado de disposición final de residuos peligrosos	No se realizaron observaciones
					HACER	Realizar informes de gestion integral de manejo de residuos de la ESE HRMM mediante la listas listas de chequeo de residuos hospitalarios y demas	30%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Se realizo informe semestral de residuos para entregar a las autoridades competentes (Junio a diciembre del año 2024) radicado ante la secretaria depatamental y distrital	Profesional Ambiental	8%	25%	Informe semestral (Junio a diciembre del año 2024) radicado ante la secretaria depatamental y distrital	-	Realizar el informe semestral de residuos para entregar a las autoridades competentes	Profesional Ambiental	15%	50%	Informe semestral (Enero a junio del año 2025) radicado ante la secretaria depatamental y distrital	-	Realizar el informe semestral de residuos para entregar a las autoridades competentes	Profesional Ambiental	70%		Informe semestral (Enero a junio del año 2025) radicado ante la secretaria depatamental y distrital	Realizar el informe semestral de residuos para entregar a las autoridades competentes	Profesional Ambiental	30%	90%	Informe semestral (Julio a diciembre del año 2025) Se entrega a principio de año siguiente radicado ante la secretaria depatamental y distrital	Se debe entregar a principio de año del 2026 dado a que se debe esperar los soportes de disposicion final de residuos hospitalarios del mes de diciembre, tambien cabe resaltar que termina contrato con el profesional ambiental y esta informacion se retoma tan pronto se contrate de nuevo el profesional, para hacer tabulacion de la informacion y generar el reporte de acuerdo a la Res 591/2024
					VERIFICAR	Verificar la correcta ejecucion del plan integral de residuos hospittalarios y similares	35%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Verificar las listas de chequeo a aplicar en el segundo trimestre en los diferentes servicios	Profesional Ambiental	9%	25%	Listas de chequeo	-	Verificar las listas de chequeo a aplicar en el segundo trimestre en los diferentes servicios	Profesional Ambiental	17.5%	50%	Listas de chequeo	-	Auditorias internas	Profesional Ambiental	70%		Auditoria interna y socializacion de PGIRASA	Seguimiento a las diferentes areas al proceso de desinfeccion	Profesional Ambiental	35%	100%	Verificación ocular	No se realizaron observaciones
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones	15%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Seguimiento de las jefes de enfermeria en cada servicio	Profesional Ambiental	4%	25%	Verificación ocular	-	Seguimiento de las jefes de enfermeria en cada servicio	Profesional Ambiental	7.5%	50%	Verificación ocular	-	Seguimiento de las jefes de enfermeria en cada servicio	Profesional Ambiental	70%		Verificación ocular	Seguimiento de las jefes de enfermeria en cada servicio	Profesional Ambiental	15%	100%	Verificación ocular	No se realizaron observaciones
MP27	Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	(No. personal capacitado/total personal)*100	Estructurar Plan de Capacitaciones de Gestión Ambiental	PLANEAR	Estructurar el cronograma de capacitacion del personal de la institucion.	15%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/1/2025	Elaboracion del plan de capacitación en las diferentes areas asistenciales y administrativas	Profesional Ambiental	15%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e iinforme de capacitacion al personal de servicios generales	-	Elaboracion del plan de capacitación en las diferentes areas asistenciales y administrativas	Profesional Ambiental	15%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e iinforme de capacitacion al personal de servicios generales	Actividad ejecutada en el primer trimestre	Elaboracion del plan de capacitación en las diferentes areas asistenciales y administrativas	Profesional Ambiental	100%		Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e iinforme de capacitacion	Elaboracion del plan de capacitación en las diferentes areas asistenciales y administrativas	Profesional Ambiental	15%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e iinforme de capacitacion	No se realizaron observaciones
					HACER	Realizar las capacitaciones al personal de la institucion que incluya las evaluaciones pre y post test.	25%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Socializacion del manejo de residuos hospitalarios	Profesional Ambiental	4%	15%	Listas de asistencia	-	Socializacion del manejo de residuos hospitalarios	Profesional Ambiental	7.5%	30%	Registro fotografico	-	Auditorias internas ambiental	Profesional Ambiental	70%		Auditoria interna y socializacion de PGIRASA	Socializacion del manejo de residuos hospitalarios	Profesional Ambiental	25%	100%	Ficha socializacion	No se realizaron observaciones
					VERIFICAR	Medir el nivel de entendimiento de los diferentes temas.	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Profesional Ambiental	5%	25%	Pre - post - ficha técnica	-	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Profesional Ambiental	10%	50%	Informe de ficha técnica	-	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Profesional Ambiental	70%		Informe de ficha técnica	Elaboración de pre y post - ficha técnica	Profesional Ambiental	20%	100%	Informe de ficha técnica	No se realizaron observaciones
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones	40%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Profesional Ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Ronda de seguimiento de la correcta segreación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Profesional Ambiental	10%	25%	Verificación ocular	-	Ronda de seguimiento de la correcta segregación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Profesional Ambiental	20%	50%	Verificación ocular	-	Ronda de seguimiento de la correcta segregación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Profesional Ambiental	70%		Verificación ocular y ficha tecnica	Ronda de seguimiento de la correcta segregación de residuos hospitalarios en los diferentes servicios asistenciales	Profesional Ambiental	40%	100%	Verificación ocular	No se realizaron observaciones
MP28	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	PLANEAR	Proyectar el embellecimiento de las zonas verdes internas de la institucion mediante cronograma de actividades	10%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.Ambiental y servicios generales	1/1/2025	28/2/2025	Elaboracion del plan de actividades para limpieza y embellecimiento de areas verdes	Prof.Ambiental y servicios generales	10%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informe de embellecimiento de zonas verdes	-	Elaboracion del plan de actividades para limpieza y embellecimiento de areas verdes	Prof.Ambiental y servicios generales	10%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informe de embellecimiento de zonas verdes	Actividad ejecutada en el primer trimestre	Elaboracion del plan de actividades para limpieza y embellecimiento de areas verdes	Prof.Ambiental y servicios generales	100%		Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informe de embellecimiento de zonas verdes	Elaboracion del plan de actividades para limpieza y embellecimiento de areas verdes	Prof.Ambiental y servicios generales	10%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informe de embellecimiento de zonas verdes	No se realizaron observaciones
					HACER	Ejecutar la limpieza y embellecimiento de las areas encontradas en estado de deterioro	30%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.Ambiental y servicios generales	1/1/2025	31/12/2025	Se realizó jornadas semanales de corte de cesped	Prof.Ambiental y servicios generales	8%	25%	informe de areas verdes	-	Se realizó jornadas semanales de corte de cesped	Prof.Ambiental y servicios generales	12%	40%	informe de areas verdes	-	Se realizó jornadas semanales de corte de cesped	Prof.Ambiental y servicios generales	70%		informe de areas verdes	Se realizó jornadas semanales de corte de cesped	Prof.Ambiental y servicios generales	30%	100%	informe de areas verdes	No se realizaron observaciones
					VERIFICAR	Socializar el estado en el que se encontraban las areas vs el estado en el que se encuentra a la fecha.	20%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.Ambiental y servicios generales	1/1/2025	31/12/2025	Se realizó campañas ambientales	Prof.Ambiental y servicios generales	5%	25%	informe de areas verdes	-	Se realizó campañas ambientales	Prof.Ambiental y servicios generales	8%	40%	informe de areas verdes	-	Se realizó campañas ambientales	Prof.Ambiental y servicios generales	70%		informe de areas verdes	Se realizó campañas ambientales	Prof.Ambiental y servicios generales	20%	100%	informe de areas verdes	No se realizaron observaciones
					ACTUAR	Tomar las medidas necesarias para mantener las areas buen estado.	10%	Recursos Humanos Recursos Físicos Recursos Tecnológicos	Prof.Ambiental y servicios generales	1/1/2025	31/12/2025	Rondas ocular semanal in situ	Prof.Ambiental y servicios generales	3%	25%	informe de areas verdes	-	Rondas ocular semanal in situ	Prof.Ambiental y servicios generales	4%	40%	informe de areas verdes	-	Rondas ocular semanal in situ	Prof.Ambiental y servicios generales	70%		informe de areas verdes	Rondas ocular semanal in situ	Prof.Ambiental y servicios generales	10%	100%	informe de areas verdes	No se realizaron observaciones
MP29	Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.	GESTIÓN AMBIENTAL	% Implementación del Cronograma	Control de vectores, roedores y plagas	PLANEAR	Proyectar en el cronograma el control de vectores roedores y plagas.	20%	Fisicos, financieros, Humanos y tecnologicos	Prof.apoyo ambiental	1/1/2025	31/1/2025	Se realiza el cronograma de los días que se van a fumigar y ratizar las areas internas y externas de la ESE HRMM	Prof.apoyo ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informes de fumigacion, desratizacion y certificado de lavado de tanque subterraneo	-	Se realiza el cronograma de los días que se van a fumigar y ratizar las areas internas y externas de la ESE HRMM	Prof.apoyo ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informes de fumigacion, desratizacion y certificado de lavado de tanque subterraneo	Actividad ejecutada en el primer trimestre	Se realiza el cronograma de los días que se van a fumigar y ratizar las areas internas y externas de la ESE HRMM	Prof.apoyo ambiental	100%		Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informes de fumigacion, desratizacion	Se realiza el cronograma de los días que se van a fumigar y ratizar las areas internas y externas de la ESE HRMM	Prof.apoyo ambiental	20%	100%	Cronograma de trabajo Gestión Ambiental e informes de fumigacion, desratizacion	No se realizaron observaciones
					HACER	Ejecutar los controles para los roedores, vectores y plagas en las areas de la institucion.	40%	Humanos	prof.apoyo ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera semanal	prof.apoyo ambiental	10%	25%	Informe mensual de fumigacion y desratizacion	-	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera semanal	prof.apoyo ambiental	20%	50%	Informe mensual de fumigacion y desratizacion	-	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera semanal	prof.apoyo ambiental	70%		Informe mensual de fumigacion y desratizacion	Realizacion de fumigacion y control de roedores en las areas de la entidad de manera semanal	prof.apoyo ambiental	40%	100%	Informe mensual de fumigacion y desratizacion	No se realizaron observaciones
					VERIFICAR	Evaluar la eficacia de los controles realizados.	30%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Subgerencia administrativa y gerencia	1/1/2025	31/12/2025	Comparación del antes vs inicio de fumigacion y controles	Subgerencia administrativa y gerencia	8%	25%	Verificacion y seguimiento in situ y se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	-	Comparación del antes vs inicio de fumigacion y controles	Subgerencia administrativa y gerencia	12%	40%	Verificacion y seguimiento in situ y se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	-	Comparación del antes vs inicio de fumigacion y controles	Subgerencia administrativa y gerencia	70%		Verificacion y seguimiento in situ y se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	Comparación del antes vs inicio de fumigacion y controles	Subgerencia administrativa y gerencia	30%	100%	Verificacion y seguimiento in situ y se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	No se realizaron observaciones
					ACTUAR	Tomar las medidas o acciones necesarias para el continuo mejoramiento y control de las plagas.	10%	Humanos y tecnologicos	Prof.apoyo ambiental	1/1/2025	31/12/2025	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Prof.apoyo ambiental	2.5%	25%	Se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	-	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Prof.apoyo ambiental	5%	50%	Se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	-	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Prof.apoyo ambiental	70%		Se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	Informes mensuales de las fumigacion y controles realizados	Prof.apoyo ambiental	10%	100%	Se adjunta certificado de ejecucion de control de vectores y roedores	No se realizaron observaciones
MP30	Mejorar la infraesturua informatica, mejoramiento de conectividad redes e internet de la isntitución	Sistemas de Información - Informática y telecomunmicaciones	Red general ------------------- x 100 Red optimizada	Reorganización de la red - creación de Vlans, conectividad internet	PLANEAR	Levantamiento de información sobre los equipos necesarios para la organización de la red local, generar requerimiento.	20%	fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	2/1/2025	28/2/2025	Durante el primer trimestre se realizo la revisión general sobre el estado del cableado y se determinan los puntos a cablear. Dependencias por revisar (19) / Dependencias revisadas (19)	Subs sistemas de información	20%	100%	Se adjunta documento pdf	-	Durante el primer trimestre se realizo la revisión general sobre el estado del cableado y se determinan los puntos a cablear. Dependencias por revisar (19) / Dependencias revisadas (19)	Subs sistemas de información	20%	100%	Se adjunta documento pdf	Actividad ejecutada en el primer trimestre		Subs sistemas de información				se realiza revisión general sobre el estado del calbleado se determinan los puntos a cablear	Jefe subsistemas de información	Dependencias por revisar (19) / Dependencias revisadas (19)	100%	se adjunta documento pdf	SIN OBSERVACIONES
					HACER	* Realizar trabajos de cableado, configuración de red, configuración conectividad alterna	50%	fisicos, tecnologicos y financierso	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	1/3/2025	31/12/2025	Durante el primere trimestre se dio inicio a las actividades de cableado estructurado. Puntos por cablear (60) / Puntos cableados (12)	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	10%	20%	Se adjunta documento pdf	-	Se continua actividades de cableado estructurado	Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información	10%	20%	se adjunta documento pdf	-		Jefe Recursos físicos, Coordinador Juridico, Subsistemas de Información				Se inician actividades de cableado estructurado se Instgala Rack de comunicaciones adicional	Jefe subsistemas de información	puntos por calblea (60) / Puntos cableados (60)	100%	se adjunta documento pdf	
					VERIFICAR	Verificar el funcionamiento general de la red	20%	fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	1/5/2025	31/12/2025	-	Subs sistemas de información	0%	0%	-	-	-	Subs sistemas de información	0%	0%	-	-		Subs sistemas de información				Se verfica ffuncionalidad y se evidencia mejora en el trafico de red	Jefe subsistemas de información	puntos por verificar (60) / Puntos verficados (60)	100%	se adjunta documento pdf	
					ACTUAR	Realizar acciones correctivas en caso de fallas en el funcionamiento d e la red	10%	fisicos y Tecnológicos	Subs sistemas de información	15/5/2025	31/12/2025	Durante el primer trimestre no se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Subs sistemas de información	2.5%	25%	-	-	Durante el segundo trimestre no se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Subs sistemas de información	5%	50%	-	-		Subs sistemas de información				No se evidencian fallas en la conectividad	Jefe subsistemas de información		100%		

MP38	Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento	GESTIÓN DOCUMENTAL	% Mejoramiendo de la conservación documental	Mejorar las condiciones de conservación y preservación del archivo administrativo de la ESE HRMM	HACER	Ejecutar la organización e identificación de las unidades documentales del archivo central de la ESE HRMM	30%	Fisicos, humanos, tecnologicos	Gestión Documental	1/2/2025	31/12/2025	Durante el primer trimestre, se realizan actividades de digitalización de expedientes documentales pertenecientes a vigencia 2022 y 2023 del archico administrativo	Gestión Documental	3,8%	12,5%	Informe de mejoramiento de la conservacion documental del archivo administrativo	-	Se continua con las actividades programadas para la organización y mejoramiento del archivo administrativo, implementando estrategias que permitan una optimización de espacio y mejoramiento en la organización.	Gestión Documental	50,0%	15,0%	Informe			Gestión Documental				Se ejecutaron las actividades programadas para la organización y mejoramiento del archivo administrativo, implementando estrategias que permitan una optimización de espacio y mejoramiento en la organización.	Gestión Documental	30,0%	100%	Informe	_
					VERIFICAR	Verificar la implementación de la estrategia de mejora documental en la ESE HRMM	30%	Fisicos, humanos, tecnologicos	Gestión Documental	1/6/2025	31/12/2025	-	Gestión Documental	-	-	-	-	-	Gestión Documental	-	-	-	-		Gestión Documental				Se revisa organización se tiene un avance positivo para la vigencia 2025.	Gestión Documental	30,00%	100%	Informe	_
					ACTUAR	Tomar acciones correctivas según desviaciones encontradas	10%	Fisicos, humanos, tecnologicos	Gestión Documental	1/6/2025	31/12/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Gestión Documental	2.5%	25%	-	-	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Gestión Documental	5%	50%	-	-		Gestión Documental				No se identificaron desviaciones de la meta.	Gestión Documental	10%	100%	_	Continuar con ejecucion de actividades de organización en la vigencia 2026
MP39	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 los plan institucional de Capacitaciones	PLANES INSTITUCIONAL DE CAPACITACION 2025	PLANEAR	Estructurar la planeación del Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2024 mediante cronograma de actividade	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/1/2025	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 001/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte PIC 2025 y adopción con la Resolución 001-2025 de fecha enero 1 de 2025	-	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 001/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte PIC 2025 y adopción con la Resolución 001-2025 de fecha enero 1 de 2025	–						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 001/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	64%	100%	Soporte PIC 2025 y adopción con la Resolución 001-2025 de fecha enero 1 de 2025	no aplica
					HACER	Ejecutar el Plan Institucional de Capacitaciónpara el año 2025	50%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	Con corte a 31 de marzo de 2025 se han evideniado las siguientes capacitaciones:1. Inducción, 2. Socialización Manual de Bioseguridad, 3. Manual limpieza y desinfección, Y lo que corresponde a Medio Ambiente y Seguridad y Salud en el Trabajo	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	20%	Informe de Cada capacitación realizada	-	Con corte a 30 de Junio de 2025 se han evideniado las siguientes capacitaciones: 1. Manejo y organización archivo de gestión - segunda jornada, 2. Humanización en la salud, 3. Manejo de Extintores. 4. Higiene Postular y lo que corresponde a Medio ambiente y Seguridad en el Trabajo	Dary Luz Lavalle Bohórquez	25%	50%	Informe de Cada capacitación realizada	–						Con corte a 30 de Septiembre de 2025 se han evideniado las siguientes capacitaciones: 1. Taller de las Emociones , 2. Control interno y el autocontrol, 3. Clima Organizacional - Personas Tóxicas y Nutritivas, 4. MIPG	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	Informe de Cada capacitación realizada	no aplica
					VERIFICAR	Verificar el cumplimiento del cronograma propuesto, elaborando el informe de capacitaciones logradas y logros obtenidos	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	Se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del PIC con un porcentaje de cumplimiento del 20%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	4%	20%	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 49%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	50%	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 64%	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del PIC	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	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 se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	no aplica	no aplica
MP40	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 2025	PLANEAR	Estructurar la planeación del Plan de Bienestar e incentivos para la vigencia 2025 mediante cronograma de actividades	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/1/2025	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 2025 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 002/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2025 de fecha 1 de enero de 2025	-	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 2025 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 002/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Soporte de la Resolución 002-2025 de fecha 1 de enero de 2025	–						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 2025 y se adoptó bajo al acto administrativo, Resolución 002/2025, dando de esta forma cumpliento al Decreto 312/18	Dary Luz Lavalle Bohórquez	73%	100%	Soporte de la Resolución 002-2025 de fecha 2 de enero de 2025	no aplica
					HACER	Ejecutar el plan de bienestar e incentivos en la ESE , registrando los logros alcanzados y actividades desarrolladas.	50%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	9%	18%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2025	-	Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos. Con corte 30 de junio se evidenciaron las siguientes actividades: Activacipon convenio Smart Fit, humanización en la salud y Celebración Día de la Enfermera.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	18%	36%	Informe de Cada actividad realizada	–						Se realizo la elaboración del Plan de Bienestar e Incentivos de acuerdo a los lineamientos establecidos. Con corte 30 de Septiembre se evidenciaron las siguientes actividades: Auxilio a Funcionarios públicos, Medición de luz puesto de trabajos, Celebración Día Amor y Amistad y Semana de la Salud	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	Soporte Plan de Bienestar e Incentivos 2025	no aplica
					VERIFICAR	Verificar el cumplimiento del cronograma propuesto	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	Se realizó la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 18% con ejecución del 100% de todo lo planeado para este trimestre	Dary Luz Lavalle Bohórquez	4%	18%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del Plan de Bienestar	-	se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 37%	Dary Luz Lavalle Bohórquez	7%	36%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del Plan de Bienestar	–						se realizo la verificación del cumplimiento del plan de acción del Plan de Bienestar e Incentivos un porcentaje de cumplimiento del 73%	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	Cronograma con el informe de avance de cumplimiento del Plan de Bienestar	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	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	4%	36%	–	–						No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	no aplica	no aplica
MP41	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 2025	PLANEAR	Realizar la planeación de los comités liderados por talento humano para la vigencia 2024 (Convivencia, Disciplinarios, star social)	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/1/2025	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 2025 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 2025 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Disciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Disciplinario 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 2025 y se han desarrollado los comité de Convivencia, Disciplinario y Bienestar e Incentivos	Dary Luz Lavalle Bohórquez	77%	100%	Soporte Cronograma Planeado de los comites de convivencia, Disciplinario y Bienestar e Incentivos	no aplica
					HACER	Desarrollar los diferentes comités de acuerdo al cronograma aprobado para el año 2025, elaborando actas de cada comité desarrollados	70%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/12/2025	Se realizaron los comites de acuerdo a los lineamientos establecidos en la reglamentación de los mismos. Para el comité de convivencia se realizó la convocatoria de elección de la conformación y resolucion de adopción.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	17.5%	25%	Soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites. Para el Comité de Convivencia se presenta convocatoria, acta de elección y res. de adopción	-	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		100%	soporte de actas de las reuniones realizadas en los diferentes comites	no aplica
					VERIFICAR	Verificar el cumplimiento de cada comité	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/12/2025	Se realizo la verificación del cumplimiento de las Reuniones de comité un porcentaje de cumplimiento del 23%	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, Disciplinario 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		100%	Soporte Cronograma con el informe de avance de cumplimiento de los comites de convivencia, Disciplinario y Bienestar e Incentivos	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/12/2025	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 se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez		100%	no aplica	no aplica
MP42	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 2025	PLANEAR	Realizar la revisión de la Normatividad para exigencia de pasivocol planeando según las fechas señaladas en el Ministerio de hacienda	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/1/2025	Estuve presente en reunion virtual sobre las actualizaciónes de normas sobre PASIVOCOL y Cálculo Actuarial 2025. Donde se nos informa que las normas cambiaron y ahora Pasivocol seria serie 6.0, en la cual nos dice que solo deben estar los hospitales nacidos desde 30 de junio 1995 hacia atras	Dary Luz Lavalle Bohórquez	25%	30%	Pantallazos de la asistencia a la reunión virtual de actualización de normas sobre PASIVOCOL	-	Estuve presente en reunion virtual sobre las actualizaciónes de normas sobre PASIVOCOL y Cálculo Actuarial 2025. Donde se nos informa que las normas cambiaron y ahora Pasivocol seria serie 6.0, en la cual nos dice que solo deben estar los hospitales nacidos desde 30 de junio 1995 hacia atras	Dary Luz Lavalle Bohórquez	15%	75%	Pantallazos de la asistencia a la reunión virtual de actualización de normas sobre PASIVOCOL	–						Estuve presente en reunion virtual sobre las actualizaciónes de normas sobre PASIVOCOL y Cálculo Actuarial 2025. Donde se nos informa que las normas cambiaron y ahora Pasivocol seria serie 6.0, en la cual nos dice que solo deben estar los hospitales nacidos desde 30 de junio 1995 hacia atras	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Pantallazos de la asistencia a la reunión virtual de actualización de normas sobre PASIVOCOL	no aplica
					HACER	Cargue a la plataforma PASIVOCOL las novedades de la vigencia 2025, descargando los informes que arroja la plataforma	50%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/7/2025	Envie por correo al Líder de Pasivocol para Santander, Dr. Ismael Najar Gómez, (prof. de Min Hacienda), una solicitud de mesa de trabajo para aclarar dudas frente a nuestra obligatoriedad de seguir llevando Pasivocol 6.0	Dary Luz Lavalle Bohórquez	12.5%	25%	pantallazos del correo enviado	-	Se realizo una Orden de Servicio N° 001 S.A.-25, con Maria Mónica Ferro para que ingresar al portal de PASIVOCOL y realice los cierres respectivos de nuestro hospital, ya que según la actualización de la normas de PASIVOCOL y Cálculo Actuarial 2025, cambiaron y ahora Pasivocol seria serie 6.0, en la cual nos dice que solo deben estar los hospitales nacidos desde 30 de junio 1995 hacia atras.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	37%	75%	Orden de Servicio N° 001 S.A. -25	–						Se realizo una Orden de Servicio N° 001 S.A. -25, con Maria Mónica Ferro para que ingresar al portal de PASIVOCOL y realice los cierres respectivos de nuestro hospital, ya que según la actualización de la normas de PASIVOCOL y Cálculo Actuarial 2025, cambiaron y ahora Pasivocol seria serie 6.0, en la cual nos dice que solo deben estar los hospitales nacidos desde 30 de junio 1995 hacia atras.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	50%	100%	Orden de Servicio N° 001 S.A.-25	no aplica
					VERIFICAR	Verficar el cumplimiento según lo definido por el Ministerio de Hacienda, mediante soporte de informe presentando la validación del cumplimiento de la norma.	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/8/2025	31/12/2025	Se recibio respuesta del Dr Najar donde nos informa que se esta revisando la situación de nuestro hospital y el de varios mas. Que mas adelante nos comunican oficialmente.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	25%	pantallazos del correo recibido	-	Informe presentado por la Ing. María Mónica Ferro Bahamon sobre las acciones realizadas en la plataforma	Dary Luz Lavalle Bohórquez	15%	75%	informe de Maria Mónica con lo realizado en la plataforma	–						Informe presentado por la Ing. María Mónica Ferro Bahamon sobre las acciones realizadas en la plataforma	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	informe de Maria Mónica con lo realizado en la plataforma	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	31/1/2025	31/12/2025	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	8%	75%	–	–						No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	no aplica
MP43	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 2025	PLANEAR	Realizar la planeación para el cumplimiento del SIGEP incluyendo las fechas señaladas para la actualizacion de hojas de vida y declaraciones de bienes de los funcionarios publicos, de acuerdo a la FUNCION PUBLICA	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/1/2025	31/1/2025	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio inicio a la plataforma 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	5%	25%	Pantallazos de las directrices de función Publica	-	Con base en las directrices de la Función Pública, se dio inicio a la plataforma 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%	Pantallazos de las directrices de función Publica	–						Con base en las directrices de la Función Pública, se dio cumplimiento de la norma, donde cada funcionario debía actualizar en el sigep antes del Julio 31 la declaraciones de bienes y rentas. Se envio correos con el certificado de ingresos y retenciones y recordando el cumplimiento de la norma.	Dary Luz Lavalle Bohórquez	20%	100%	Se soporta con capturas de los correos enviados a los funcionarios de planta recordandoles la obligatoriedad y enviando la certificado de ingresos y retenciones 2024	no aplica
					HACER	Exigir a cada funcionario público la actualizacion de las hojas de vida y la declaración de bienes conforme las fechas de corte exigida por Función Pública para la vigecia 2024	60%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	1/2/2025	31/12/2025	Se planea enviar comunicación en el mes de Abril a los funcionario de planta recordandoles la actualización de la hoja de vida en la plataforma del SIGEP II, plazos es hasta el 8 de mayo 2025	Dary Luz Lavalle Bohórquez	0%	0%	-	-	Se enviaron correos personalizado a cada funcionario solicitandole la actualización de la declaración de bienes y rentas 2025 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 2025	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 2024	–						Se les hizo acompañamiento en la construcción de su actualización de la declaración de bienes y rentas 2024 en la plataforma del SIGEP, cuyo limite de cumplimiento fue el 31 de julio de 2025	Dary Luz Lavalle Bohórquez	60%	100%	Se soporta con capturas de algunas declaraciones de bienes y rentas 2024 entregadas a los funcionarios	no aplica
					VERIFICAR	Verifiacion de cumplimiento por cada uno de los funcionario de la ESE HRMM en la actualizacion de las hojas de vida y declaracion de bienes y rentas	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	31/1/2025	31/12/2025	Una vez esten cargadas las hojas de vida se verificará en la plataforma el cargue y actualización las hojas de vida, acción que se hara en el mes de Mayo de 2025	Dary Luz Lavalle Bohórquez	0%	0%	-	Se Soportará con la validación en informe que arroja la plataforma del sigep con corte a Mayo 30/2025	Se espera que antes del 31 de Julio sea entregada impresa la Declaracion de bienes y rentas registradas en el SIGEP de cada funcionario público	Dary Luz Lavalle Bohórquez	5%	50%	–	–						Se verificó en la plataforma que se cumplio con la actualización de la declaración de bienes y rentas 2024 registradas en el SIGEP de cada funcionario público	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	pantallazo aleatorio de la plantaforma	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano	31/1/2025	31/12/2025	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 se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Dary Luz Lavalle Bohórquez	10%	100%	no aplica	no aplica
MP44	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	% Avance proceso de Formalización laboral	FORMALIZACION LABORAL	PLANEAR	Evaluar las condiciones de la planta laboral de la ESE HRMM, con el fin de identificar las problemáticas existentes en materia laboral y desarrollar un modelo de formalización laboral progresiva de la entidad	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	1/1/2025	28/2/2025	Con base en las directrices de la Función Pública, se adelantó gestión por parte de la Oficina Jurídica en la consecución de una empresa idonea que elabore el estudio de la Formalización Laboral en la ESE HRMM	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	2%	10%	-	-	Con base en las directrices de la Función Pública, se adelantó gestión por parte de la Oficina Jurídica en la consecución de una empresa idonea que elabore el estudio de la Formalización Laboral en la ESE HRMM	María Alejandra Anaya Anaya	2%	10%	–	–						Con base en las directrices de la Función Pública, se adelantó gestión por parte de la Oficina Jurídica en la consecución de una empresa idonea que elabore el estudio de la Formalización Laboral en la ESE HRMM	María Alejandra Anaya Anaya	20%	100%	no aplica	no aplica
					HACER	Proveer cargos directos ya sea por medio de planta temporales o por vinculación de carrera administrativa al HRMM, dependiendo de los resultados determinados en la etapa de validación	50%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	1/3/2025	31/12/2025	Se adelanto proceso contractual por parte de la Oficina Jurídica para el estudio de Formalización Laboral, teniendo como premisa el de Proveer cargos directos ya sea por medio de planta temporales o por vinculación de carrera administrativa al HRMM, dependiendo de los resultados determinados en la etapa de validación, y para ello se presentaron 3 cotizaciones	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	0%	0%	-	-	Se adelanto proceso contractual por parte de la Oficina Jurídica para el estudio de Formalización Laboral, teniendo como premisa el de Proveer cargos directos ya sea por medio de planta temporales o por vinculación de carrera administrativa al HRMM, dependiendo de los resultados determinados en la etapa de validación, y para ello se presentaron 3 cotizaciones	María Alejandra Anaya Anaya	0%	0%	–	–						Se adelanto proceso contractual por parte de la Oficina Jurídica para la consultoría del estudio de Formalización Laboral.	María Alejandra Anaya Anaya	50%	100%	no aplica	no aplica
					VERIFICAR	Garantizar viabilidad jurídica y financiera para de manera gradual generar que las actividades permanentes y misionales pasen a ser desarrolladas por servidoras y servidores públicos y no por contratistas, para garantizar una mejor prestación del servicio	20%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	1/3/2025	31/12/2025	Se consultó con la Oficina Jurídica sobre el proceso de elección del oferente, quienes manifestaron que NO SE LOGRO elección del proponente, ya que Dentro del estudio se debe Garantizar viabilidad jurídica y financiera para de manera gradual generar que las actividades permanentes y misionales pasen a ser desarrolladas por servidoras y servidores públicos y existe una desproporción en los criterios de trabajo en cada uno.	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	0%	0%	-	-	Se consultó con la Oficina Jurídica sobre el proceso de elección del oferente, quienes manifestaron que NO SE LOGRO elección del proponente, ya que Dentro del estudio se debe Garantizar viabilidad jurídica y financiera para de manera gradual generar que las actividades permanentes y misionales pasen a ser desarrolladas por servidoras y servidores públicos y existe una desproporción en los criterios de trabajo en cada uno.	María Alejandra Anaya Anaya	0%	0%	–	–						Se suscribio contrato de Prestación de Servicios Profesionales Especializados para la Elaboración e implementación del Estudio Técnico, Jurídico y financiero para la Modernización Administrativa y la formalización del empleo para la ESE HRMM, con la Dra.SONIA ESMERALDA SANCHEZ RODRIGUEZ, consultora a traves del contrato N°204-25.	María Alejandra Anaya Anaya	20%	100%	no aplica	no aplica
					ACTUAR	Tomar Acciones correctivas según desviaciones encontradas.	10%	Recursos Financieros Recursos Humanos Recursos Tecnológicos	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	1/3/2025	31/12/2025	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	Profesional Talento Humano, Jurídica, SubAdmon y Gerencia	2.5%	25%	-	-	No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	María Alejandra Anaya Anaya	2.5%	25%	–	–						No se presentaron acciones correctivas ni desviaciones en las acciones del ciclo de mejoramiento propuesto	María Alejandra Anaya Anaya	10%	100%	no aplica	no aplica

MP45	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 2024.	PLANEAR	Proyectar del Plan de Trabajo del SG-SST vigencia 2024.	20%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	9/1/2025	31/1/2025	Se realiza la proyeccion del plan de trabajo anual 2025	Profesional SST	45%	100%	1. Plan de trabajo Anual	-	Se realiza la proyeccion del plan de trabajo anual 2025 y se ejecuta en apoyo con la ARL	Profesional SST	20%	100%	1. Plan de trabajo Anual	Se realizaron reporgramaciones de algunas de las actuaciones programadas por motivos externos (ARL-CONTRATACION)		Profesional SST				Se realiza la proyeccion del plan de trabajo anual 2025 y se ejecuta en apoyo con la ARL	Laura Victoria Jagua Navas	20%	100%	1. Plan de trabajo Anual	Se realizaron reporgramaciones de algunas de las actuaciones programadas por motivos externos (ARL-CONTRATACION)
					HACER	Ejecutar cada una de las actividades programadas según el cronograma para dar cumplimiento a los objetivos	50%	Fisicos humanos y financieros	Profesional SST	10/1/2025	31/12/2025	Se desarrollan las actividades programadas dentro del plan de trabajo proyectadas para el trimestre	Profesional SST	10%	20%	2. Formato Capacitaciones 3. Formato de inspecciones 4. Evaluacion de estandares Minimos	Hay actividades que fueron reprogramadas	Se desarrollan las actividades programadas dentro del plan de trabajo proyectadas para el trimestre	Profesional SST	25%	50%	2. Formato de Capacitaciones 3. Reporte de Inspecciones 4. Asesoria de Programas	-		Profesional SST				Se desarrollan las actividades programadas dentro del plan de trabajo proyectadas para el trimestre	Laura Victoria Jagua Navas	50%	100%	2. Formato de Capacitaciones 3. Reporte de Inspecciones 4. Asesoria de Programas	N/A
					VERIFICAR	Evaluar el cumplimiento de las actividades a través de los indicadores del SG-SST, rendición de cuentas a la alta gerencia y auditorias programadas para el SG-SST.	15%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Gerencia, Calidad, Profesional SST	31/1/2025	31/12/2025	-	Gerencia, Calidad, Profesional SST	0%	0%	-	A la fecha el Sistema de Gestion NO cuenta con los indicadores diseñados	-	Gerencia, Calidad, Profesional SST	0%	0%	-	El seguimiento se proyecta realizar en el mes de julio		Gerencia, Calidad, Profesional SST				Se desarrolla la evaluacion de estandares minimos ante la ARL	Laura Victoria Jagua Navas	15%	100%	5. Auto evaluacion de estandares minimos	Se desarrolla autoevaluacion de estandares minimos, quedando pendiente la evaluacion antes ministerio de trabajo en marzo 26
					ACTUAR	Proyección de planes de mejora conforme a los resultados.	15%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Gerencia, Calidad, Profesional SST	31/1/2025	31/12/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Gerencia, Calidad, Profesional SST	4%	25%	-	Se realiza analisis inicial del Sistema de Gestion encontrando novedades significativas	Se ha realizado reporte de las inspecciones, pendiente proxima revision para revisar las acciones realizadas desde el area de mantenimiento	Gerencia, Calidad, Profesional SST	7.5%	50%	3. Reporte de Inspecciones	Se hace entrega al Supervisor del Contrato que a su vez es presidente del COPASST		Gerencia, Calidad, Profesional SST				Se ha realizado reporte de las inspecciones, pendiente proxima revision para revisar las acciones realizadas desde el area de mantenimiento	Laura Victoria Jagua Navas	15%	100%	3. Reporte de Inspecciones	Se hace entrega al Supervisor del Contrato que a su vez es presidente del COPASST y demas integrantes del Comité
MP46	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	PLANEAR	Diseñar y estructurar del Plan de Capacitaciones del SG-SST vigencia 2024.	30%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	1/2/2025	28/2/2025	Se elabora plan de capacitaciones para el año en curso	Profesional SST	30%	100%	6. Plan de Capacitacion Anual	-	Se elabora plan de capacitaciones para el año en curso	Profesional SST	30%	100%	5. Plan de Capacitacion Anual	Actividad ejecutada en el primer trimestre		Profesional SST				Se elabora plan de capacitaciones para el año en curso	Laura Victoria Jagua Navas	30%	100%	6. Plan de Capacitacion Anual	N/A
					HACER	Realizar las capacitaciones programadas conforme al cronograma	40%	Fisicos humanos y financieros	Profesional SST	1/3/2025	30/11/2025	Se desarrollan capacitaciones atendiendo al plan de capacitacion anual en apyo con la ARL	Profesional SST	8%	20%	2. Formato de capacitaciones	-	Se desarrollan capacitaciones atendiendo al plan de capacitacion anual en apyo con la ARL	Profesional SST	20%	50%	2. Formato de capacitaciones	-		Profesional SST				Se desarrollan capacitaciones atendiendo al plan de capacitacion anual en apyo con la ARL	Laura Victoria Jagua Navas	40%	100%	2. Formato de capacitaciones	N/A
					VERIFICAR	Evaluar el cumplimiento del Plan de capacitaciones y la eficacia de su implementación.	20%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Calidad - Profesional SST	1/3/2025	30/11/2025	No se cuenta a la fecha con indicadores para dicha evaluacion	Calidad - Profesional SST	0%	0%	-	-	nSe protecta revision en el mes de julio	Calidad - Profesional SST	0%	0%	-	-		Calidad - Profesional SST				Durante el ultimo trimestre no se desarrollo seguimiento	Laura Victoria Jagua Navas	20%	0%	N/A	N/A
					ACTUAR	Plan de mejoras conforme a las desviaciones encontradas	10%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Calidad - Profesional SST	1/3/2025	30/11/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Calidad - Profesional SST	2.5%	25%	-	Se realiza analisis inicial del Sistema de Gestion encontrando novedades significativas	Se ha realizado reporte de las inspecciones, pendiente proxima revision para revisar las acciones realizadas desde el area de mantenimiento	Calidad - Profesional SST	4%	40%	3. Informe de Inspecciones	Se realiza analisis inicial del Sistema de Gestion encontrando novedades significativas		Calidad - Profesional SST				Se realiza informe de resultados a partir de las inspecciones para conociiento y tramite	Laura Victoria Jagua Navas	10%	100%	3. Informe de Inspecciones	Se realiza informe a partir de las inspecciones y se envia al supervisor del contrato de mantenimiento e integrantes del COPASST
MP47	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)	PLANEAR	Programar y estructurar las reuniones de los comités relacionados al area de SST para la vigencia 2024.	30%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	9/1/2025	30/1/2025	Se realiza conformacion de los Comites (COCOLA - COPASST)	Profesional SST	30%	100%	7. Conformacion del COPASST 8. Conformacion del Comité de Conviviencia Laboral	-	Se realiza Reuniones mensuales del Copasst	Profesional SST	30%	100%	6. Actas de Reunion del copasst	Actividad ejecutada en el primer trimestre		Profesional SST				Se desarrollan reuniones mensuales con el COPASST y el Comité de Conviviencia laboral	Laura Victoria Jagua Navas	30%	100%	7. Actas de Reunion del copasst y COCOLA	N/A
					HACER	Realizar las reuniones de los comités de acuerdo a lo programado	30%	Fisicos humanos y financieros	COPASST - Profesional SST	30/1/2025	31/12/2025	Dentro del primer tirmestre no se llevaron acabo reuniones de los comites	COPASST - Profesional SST	0%	0%	-	-	Se desarrollaron las reuines periodicas del Copasst	COPASST - Profesional SST	15%	50%	6. Actas de Reunion del copasst	-		COPASST - Profesional SST				Se desarrollan reuniones mensuales con el COPASST y el Comité de Conviviencia laboral	Laura Victoria Jagua Navas	30%	100%	7. Actas de Reunion del copasst y COCOLA	N/A
					VERIFICAR	Evaluar el cumplimiento de los compromisos pactados en los comités.	30%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	1/2/2025	31/12/2025	no se cuenta a la fecha con indicadores para dicha evaluacion	Profesional SST	0%	0%	-	-	Se han proyectado actividades que requieren de tramites para el cumplimiento: ergonomia, adecuaciones del parqueadero	Profesional SST	12%	40%	6. Actas de Reunion del copasst	-		Profesional SST				Se han proyectado actividades que requieren de tramites para el cumplimiento: Mantenimiento, extintores, ergonomia	Laura Victoria Jagua Navas	30%	100%	7. Actas de Reunion del copasst y COCOLA	N/A
					ACTUAR	Plan de mejora conforme a las actividades.	10%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	1/2/2025	31/12/2025	NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Profesional SST	2.5%	25%	-	-	NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Profesional SST	4%	40%	-	-		Profesional SST				NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Laura Victoria Jagua Navas	10%	0%	N/A	N/A
MP48	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	PLANEAR	Revisar y actualizar del Plan de Emergencias y contingencias hospitalario.	40%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	9/1/2025	28/2/2025	Se realiza revision del plan de emergencia, inpecciones de extintores, botiquines y respectivas solicitudes solicitudes de cambio	Profesional SST	10%	25%	9. comunicación Interna de mejora a partir de las inespecciones	-	Se realiza revision del plan de emergencia, inpecciones de extintores, botiquines y respectivas solicitudes solicitudes de cambio	Profesional SST	20%	50%	7. Plan Emergencia	-		Profesional SST				Se realiza revision del plan de emergencia, inpecciones de extintores, botiquines y respectivas solicitudes solicitudes de cambio y desarrollo del simulacro	Laura Victoria Jagua Navas	40%	100%	8. Plan Emergencia 9. informe de Simulacro	N/A
					HACER	Ejecutar las actividades derivadas del Plan de emergencias (inspecciones/ capacitaciones)	40%	Fisicos humanos y financieros	Comité de emergencias y contingencias hospitalarias - Profesional SST	1/2/2025	31/12/2025	Solicitud de cambios a los extintores y botiquines	Comité de emergencias y contingencias hospitalarias - Profesional SST	10%	25%	9. Solcitudes realizadas a quien corresponde para subsanar los hallazgos encoentrados en las inspecciones	-	Se desarrollaron y programaron dentrodel plan de capactaciones encaminadas al fortalecimiento de las brigadas, se convoco a la conformacion de brigadas	Comité de emergencias y contingencias hospitalarias - Profesional SST	20%	50%	2. Capacitacion 8. Confrimacion de Brigadas de Emergencia	-		Comité de emergencias y contingencias hospitalarias - Profesional SST				Se desarrolla simulacro en compañía de la ARL y Sistema Nacional de atencion ante respuesta	Laura Victoria Jagua Navas	40%	100%	9. Informe de Simulacro 10. Diploma de Particpación	N/A
					VERIFICAR	Evaluar el cumplimiento de las actividades programadas	10%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	1/3/2025	31/12/2025	no se cuenta a la fecha con indicadores para dicha evaluacion	Profesional SST	0%	0%	-	-	Atendiendo a lo estipulado en el plan de capacitacion, se ha dado cumplimiento a todo lo plasmado	Profesional SST	5%	50%	2. Capacitacion	-		Profesional SST				Atendiendo a lo estipulado en el plan de capacitacion, se ha dado cumplimiento a todo lo plasmado	Laura Victoria Jagua Navas	10%	100%	2. Capacitacion	N/A
					ACTUAR	Plan de mejora conforme a las actividades.	10%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST	1/3/2025	31/12/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Profesional SST	0%	0%	-	-	NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Profesional SST	5%	50%	-	-		Profesional SST				NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Laura Victoria Jagua Navas	10%	0%	N/A	N/A
MP49	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 Revisión anual de la política de seguridad y salud en el trabajo, actualización si se considera necesario y posterior divulgación a las partes interesadas	PLANEAR	Programar la reunion para la revision de la politica de SST por la gerencia	20%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST y Gerencia	31/1/2025	28/2/2025	Se cuenta con la Politica de SST sin embargo a la fecha no se ha socializado con la gerencia	Profesional SST y Gerencia	4%	20%	10. Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo y demas Politicas	-	Se cuenta con la Politica de SST sin emabrgo ala fecha no se ha socializado con la gerencia	Profesional SST y Gerencia	10%	50%	10. Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo y demas Politicas	-		Profesional SST y Gerencia				Se cuenta con todas las politicas del SST devidamente firmada por la gerencia	Laura Victoria Jagua Navas	20%	50%	11. Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo y demas Politicas	N/A
					HACER	Participar de la reunion de revision de la politica SST y realizar su posterior divulgacion ante las partes interesadas	40%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST Gerencia y representacion del copasst	1/6/2025	30/8/2025	Se proyectaa la socializacion de las Politicas en el mes de abril	Profesional SST Gerencia y representacion del copasst	0%	0%	-	-	Se preoyecta la socializacion de las Politicas en el mes de AGOSTO, atendiendo a que ve la necesidad de realizar mas politicas	Profesional SST Gerencia y representacion del copasst	0%	0%	-	-		Profesional SST Gerencia y representacion del copasst				Actividad Desarrollada en el primer triemstre	Laura Victoria Jagua Navas	40%	0%	N/A	
					VERIFICAR	realizar seguimiento al cumplimiento de los objetivos establecidos en la politica SST	15%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST y copasst	1/9/2025	31/12/2025	no se cuenta a la fecha con indicadores para dicha evaluacion	Profesional SST y copasst	0%	0%	-	-	Se proyecta seguimiento en el mes de diciembre	Profesional SST y copasst	0%	0%	-	-		Profesional SST y copasst				Se proyecta seguimiento en el mes de diciembre	Laura Victoria Jagua Navas	15%	100%	5. Auto evaluacion de estandares minimos	N/A
					ACTUAR	Plan de mejora conforme a las oportunidades de mejora derivadas del seguimiento	15%	Fisicos, Humanos y tecnologicos	Profesional SST, Gerencia y copasst	1/9/2025	31/12/2025	No se presentaron deviaciones, ni acciones correctivas	Profesional SST, Gerencia y copasst	0%	0%	-	-	NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Profesional SST, Gerencia y copasst	0%	0%	-	-		Profesional SST, Gerencia y copasst				NO se cuenta con plan de mejora para el año en curso	Laura Victoria Jagua Navas	15%	0%	N/A	N/A