



ESE Hospital
San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

“UNA RUTA HACIA LA HUMANIZACIÓN”

PLAN DE ACCIÓN AÑO 2026

SANTIAGO VARELA GARCIA
GERENTE

2026

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 2 DE 28

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO CONCEPTUAL	4
2.1 DEFINICION	4
2.2 FASES DEL PLAN DE GESTIÓN.....	4
2.2.1. PREPARACIÓN.....	4
2.2.2. FORMULACION.....	4
2.2.3. APROBACION.....	4
2.2.4. EJECUCION.....	5
2.2.5. EVALUACION.....	5
3. OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCION.....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
4. CONTENIDO DEL PLAN DE ACCION	7
5. LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN DE DESARROLLO.....	7
5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1: TALENTO HUMANO RESPETUOSO, JUSTO Y CON COMPROMISO SOCIAL.....	7
5.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MODELO DE ATENCION AL USUARIO CON CALIDAD, HONESTIDAD Y HUMANIZACION.....	7
5.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MODERNIZACION TECNOLOGICA Y DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA	7
5.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON COMPROMISO, DILIGENCIA Y RESPETO POR EL USUARIO	8
5.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EFICIENTE.....	8
6. CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN AÑO 2026.....	9

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 3 DE 28

1. INTRODUCCIÓN

El Estado colombiano a través del Congreso de la República, en el marco de las reformas al sistema general de seguridad social en salud y concretamente en la Ley 1438 de 2011, ha establecido la obligatoriedad de la elaboración, aprobación y evaluación de un Plan de Gestión para los Directores o Gerentes de Empresas Sociales del Estado del orden territorial.

Así mismo en esta línea normativa la Ley 38 de 1989, Ley 179 de 1994 y Decreto 1499 de 2017, en donde se establecen las condiciones y metodología para la elaboración, presentación y evaluación del Plan Operativo Anual.

En virtud de lo anterior el Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, formula el presente POA para el periodo comprendido en el 2026, plasmando en él los compromisos frente a metas de gestión y resultados relacionadas con las áreas de Direccionamiento y Gerencia, Financiera y Administrativa y Gestión clínica o Asistencial.

Dicho Plan tiene como propósito integrar las estrategias y actividades para alcanzar los resultados esperados, en pro de mayor eficiencia en la utilización de los recursos y calidad en la prestación de los servicios.

Dicho Plan fue construido con base en las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018, las cuales definen las condiciones y metodología para la elaboración y presentación, del Plan de Acción por parte de los directores o gerentes de Empresas Sociales del Estado de orden territorial y su evaluación por la Junta Directiva.

La misma normatividad establece que el Plan de Operativo Anual estará conformado por una parte general y un Plan de Inversiones; la primera incluye los objetivos, la metas, las estrategias, las políticas y los medios e instrumentos; la parte de inversiones incluye la proyección de recursos financieros, los programas, proyectos y medios para su ejecución.

Por lo anterior, la ESE formuló y presentó a la Junta Directiva el Plan de Acción para la vigencia 2026, acorde con el Plan de Desarrollo aprobado para el periodo 2024-2027. Dicho plan se articula al contenido general o estratégico y describe los proyectos, actividades, responsables, cronograma y presupuesto para la presente vigencia. Este Plan fue aprobado mediante el Acuerdo 044 de 2025.

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 4 DE 28

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEFINICION

El Ministerio de Salud y Protección Social define que “El Plan de Gestión de las Empresas Sociales del Estado se constituye en el documento que refleja los compromisos que el director o Gerente establece ante la Junta Directiva la entidad, los cuales den contener entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de servicios, en las áreas de dirección y gerencia, financiera y administrativa y clínica o asistencial...”

El Plan presentado por el gerente ante la Junta Directiva debe contener los resultados a lograr durante el periodo para el cual fue designado, determinando las actividades que deben ser realizadas y las metas que deberán ser evaluadas anualmente.

2.2 FASES DEL PLAN DE GESTIÓN

Teniendo en cuenta las directrices definidas en las Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 y 408 de 2018 se desarrollaron para la documentación del Plan de Desarrollo 2024 - 2027 las siguientes fases:

2.2.1. PREPARACIÓN:

Corresponde a la identificación de fuentes de información para establecer la línea de base y formular el Plan de Acción. La línea de base será entendida, como el estudio de la situación actual de la entidad para cada uno de los indicadores y estándares establecidos para las áreas de Dirección y Gerencia, Financiera y Administrativa y Clínica o asistencial.

2.2.2. FORMULACION:

Se lleva a cabo el proceso de formulación a partir la metodología establecida en la normatividad vigente y la información existente sobre la medición de cada uno de los indicadores. Posteriormente se procede al registro y análisis de la información identificada dentro de la fase de preparación, con el fin de llevar a cabo el diagnóstico inicial y definición de la línea base.

2.2.3. APROBACION:

En esta fase, el Director o Gerente de la Empresa Social del Estado, presenta el proyecto de Plan de Acción a la Junta Directiva de la entidad, dentro de los términos legales. La Junta lo aprueba, y el Gerente puede presentar observaciones al plan de gestión aprobado, los cuales deberán ser resueltos por la Junta Directiva. Dicho trámite conforme a los términos establecidos en el artículo 73 de la Ley 1438 de 2011. En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término establecido

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 5 DE 28

en la Ley 1438 de 2011, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o Gerente se entenderá aprobado. La fase de aprobación estará terminada cuando se haya aprobado el Plan de Acción mediante Acuerdo de la Junta Directiva, dejando constancia en la respectiva acta de la sesión en la cual fue aprobado dicho plan.

2.2.4. EJECUCION:

Esta fase corresponde al desarrollo del plan por parte del Gerente y todo su equipo de colaboradores, para lo cual se realizan por lo menos las siguientes acciones:

- Documentar el respectivo plan de acción.
- Desplegar el plan de acción.
- Implementar acciones de seguimiento para monitorear el cumplimiento de compromisos y metas del plan de gestión, tanto por líderes de procesos y servicios como por la oficina de control interno o quien haga sus veces.
- Retroalimentación de resultados a los responsables de los procesos.
- Ajuste de estrategias para mejorar los cumplimientos.

2.2.5. EVALUACION:

Elaboración y presentación del informe de anual

El gerente del Hospital presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior.

Este informe contendrá los logros de los indicadores de gestión y de resultados de la empresa y un análisis comparativo de los indicadores de cumplimiento de las metas de gestión y de resultados, junto con un informe motivado de las causas de las desviaciones en los indicadores establecidos en el plan, cuando haya lugar, y de los efectos de éstas en la gestión de la entidad.

La no presentación del proyecto de plan de acción o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la Ley 1438 de 2011, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los plazos y términos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación No Satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Calificación del plan de acción anual

La Junta Directiva evaluará el cumplimiento del plan de acción del gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

La calificación del Plan de Gestión del Gerente por parte de la Junta Directiva del Hospital se realizará acorde con los lineamientos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y los anexos 2 y 3 de la Resolución 408 de 2018, modificatoria de la 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social (instructivo de calificación y Matriz de calificación, respectivamente).

	PLAN DE ACCION AÑO 2026	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 6 DE 28

Interpretación de Resultados

Para la interpretación de los resultados se tendrá en cuenta la siguiente escala establecida en el Anexo de la Resolución 710 de 2012.

ESCALA DE RESULTADOS		
RANGO DE CALIFICACIÓN (0,0 - 5,0)	CRITERIO	CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN
PUNTAJE TOTAL ENTRE 0,0 Y 3,49	INSATISFACTORIA	MENOR AL 70 %
PUNTAJE TOTAL ENTRE 3,50 Y 5,0	SATISFACTORIA	IGUAL O SUPERIOR AL 70 %

Notificación de Resultados

Los miembros de la Junta Directiva harán constar mediante Acuerdo debidamente motivado, el resultado de la sumatoria de las calificaciones ponderadas, determinando si la misma es satisfactoria o insatisfactoria, notificando del mismo al gerente

Recursos contra la decisión de la Junta Directiva

El Gerente podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación y de apelación ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

Implicaciones por evaluación insatisfactoria

Una vez cumplido el proceso de evaluación y recursos, y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del gerente aún sin terminar su periodo, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.

3. OBJETIVOS DEL PLAN DE ACCIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer el Plan de Acción de la gerencia de la ESE Hospital San Juan de Dios para la vigencia 2026, a través del cual se definan los lineamientos para el logro y la medición de los indicadores que aplican a las Empresas Sociales del Estado del segundo nivel de atención, de acuerdo con lo definido en la Resolución 710 de 2012, la Resolución 743 de 2013 y la Resolución 408 de 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Definir los compromisos y actividades a desarrollar para alcanzar el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos para la medición de la gestión del Gerente a través

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 7 DE 28

del Plan de Gestión correspondiente a las vigencias 2024 a 2027.

- Establecer las metas de gestión y de resultados teniendo en cuenta los indicadores y estándares anuales por áreas de gestión, aplicables a las instituciones de segundo nivel de atención.

4. CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN

Plan de Acción de la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia contiene los compromisos que el gerente establece ante la Junta Directiva de la entidad, en relación con la viabilidad financiera y la calidad y eficiencia en la prestación de servicios y concretamente en las áreas de:

Dirección y gerencia (20%)

Financiera y administrativa (40%)

Clínica o asistencial (40%)

Conforme a la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan de acción contiene los siguientes elementos:

- Indicadores.
- Diagnóstico inicial o línea base para cada indicador que aplica a la entidad.
- Las metas de gestión y resultados para el periodo según cada indicador definido en las áreas de gestión.
- Establecimiento de logros y compromisos por cada área de gestión.

5. LÍNEAS Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN DE ACCION

5.1 LÍNEA ESTRATÉGICA 1: TALENTO HUMANO RESPETUOSO, JUSTO Y CON COMPROMISO SOCIAL

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Incrementar el nivel de competencia, integridad, seguridad y satisfacción de los colaboradores, mediante el desarrollo de un proceso de gestión humana eficaz y eficiente, que facilite el logro de los propósitos institucionales.

5.2 LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MODELO DE ATENCION AL USUARIO CON CALIDAD, HONESTIDAD Y HUMANIZACION

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.

5.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MODERNIZACION TECNOLOGICA Y DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Mejorar la competitividad institucional para la prestación de servicios de salud, mediante la renovación a tecnología de punta, la ampliación y

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCION AÑO 2026</p>	CÓDIGO: PD-PD-PN-06
		VERSIÓN: 03
		FECHA: ENERO 2026
		PÁGINA 8 DE 28

adecuación de la infraestructura.

5.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON COMPROMISO, DILIGENCIA Y RESPETO POR EL USUARIO

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.

5.5 LÍNEA ESTRATÉGICA 5: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EFICIENTE

OBJETIVO ESTRATÉGICO: Lograr la solidez financiera mediante la optimización de ingresos y la gestión de costos y gastos, para asegurar la sostenibilidad empresarial.

6. CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN AÑO 2026



PLAN OPERATIVO ANUAL - POA 2026

"Camino a la Excelencia con Respeto y Humanización"

"Un objetivo sin un plan no es más que un deseo".

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: TALENTO HUMANO RESPETUOSO, JUSTO Y CON COMPROMISO SOCIAL

PROGRAMA: GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META AÑO 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Incrementar el nivel de competencia, integridad, seguridad y satisfacción de los colaboradores, mediante el desarrollo de un proceso de gestión humana eficaz y eficiente, que facilite el logro de los propósitos institucionales	Desarrollo de las Competencias e integridad.	Proporción de cumplimiento del plan estratégico de talento humano.	Número de actividades ejecutadas para la gestión estratégica de talento humano x 100 /Total actividades programadas para la gestión estratégica de talento humano.	60%	≥60%	Plan estratégico de talento humano	Actualizar y socializar el Plan estratégico de talento humano.	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							GARANTIZAR LOS PROCESOS DE EVALUACION DE DESEMPEÑO DEL PERSONAL	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							Actualizar y socializar el Plan anual de previsión de recurso humano.	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							Actualizar y socializar el Plan anual de vacantes.	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							Realizar seguimiento y evaluación al Plan estratégico de talento humano.	Profesional Universitario gestión del Talento humano

s.		Proporción de cumplimiento del plan de capacitaciones.	Número de capacitaciones ejecutadas x 100 / Total capacitaciones programadas.	68%	≥70%	Plan de capacitaciones	Realizar diagnóstico de necesidades de capacitación para el año.	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							Socializar el Plan institucional de capacitaciones	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							Realizar seguimiento y evaluación al Plan institucional de capacitaciones (Plataforma PEC).	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							ACTUALIZAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO EMPRESARIAL Y DEFINICION DE LA IMAGEN CORPORATIVA - PRESENTACION PERSONAL	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							GESTION DE CERTIFICACIONES Y ENTRENAMIENTO AL PERSONAL EN LIMPIEZA Y DESINFECCION	Profesional Universitario gestión del Talento humano
							GESTION DE TALLERES DE LIDERAZGO PARA JEFES E AREA	Profesional Universitario gestión del Talento humano
		ACTUALIZACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA	Acuerdo de aprobación de actualización de la plataforma	100%			DISEÑO Y APROBACION DE MISION Y VISION INSTITUCIONAL	Profesional Universitario gestión del Talento humano

						REALIZAR CAMPAÑAS DE DIVULGACION DE LA PLATAFORMA ESTRATEGICA	Profesional Universitario gestión del Talento humano
		Proporción de funcionarios con cumplimiento de competencias obligatorias por habilitación.	Número de funcionarios que cumplen las competencias obligatorias por habilitación x 100 / Total funcionarios que les aplican las competencias.	<u>SD</u>	≥80%	REALIZAR INVENTARIO DE HOJAS DE VIDA DEL PERSONAL Y HACER LOS REQUERIMIENTOS NECESARIOS	Profesional Universitario gestión del Talento humano
		Proporción de cobertura en la inducción a personal nuevo.	Número de funcionarios a quienes se les realizó la inducción al ingreso x 100 / Total funcionarios que ingresaron a la planta de cargos.	<u>SD</u>	>75%	PROGRAMAR LAS ACTIVIDADES D INDUCCION AL PERSONAL Y GARANTIZAR LA RUTA DE INDUCCION EN HOJA DE VIDA	Profesional Universitario gestión del Talento humano
		Proporción cumplimiento de requisitos de convenio docencia servicio	porcentaje de convenios con cumplimiento de requisitos /total de convenios activos en a Ese	SD	80%	PROGRAMAR JORNADA DE REINDUCCION CADA DOS AÑOS	Profesional Universitario gestión del Talento humano
		Proporción de funcionarios con nivel satisfactorio de interiorización del código de integridad.	Número de funcionarios encuestados con nivel satisfactorio de interiorización del código de integridad x 100 / Total funcionarios encuestados a quienes se les evaluó el nivel de interiorización del	<u>SD</u>	≥50%	REALIZAR INVENTARIO DE REQUISITOS POR CONVENIO	Profesional Universitario gestión del Talento humano
						ACTUALIZAR LA DOCUMENTACION DEL PROCESO DE TALENTO HUMANO	Profesional Universitario gestión del Talento humano
						Realizar actividades de activación y fomento del código de integridad.	Profesional Universitario gestión del Talento humano
						Diseñar y aplicar instrumento para evaluar la percepción del código de integridad.	Profesional Universitario gestión del Talento humano

			código de integridad.				SOCIALIZACION REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO	Profesional Universitario gestión del Talento humano
Gestión de estímulos	Proporción de cumplimiento del plan de bienestar e incentivos	Número de actividades de bienestar e incentivos ejecutadas x 100 / Total actividades de bienestar e incentivos programadas.	70%	≥80%	Plan de bienestar e incentivos	Realizar diagnóstico de necesidades de bienestar e incentivos para el año.	Profesional Universitario gestión del Talento humano	
						Formular y socializar el Plan de bienestar e incentivos.	Profesional Universitario gestión del Talento humano	
						PROGRAMACION DE INCENTIVOS SEGUN METAS DE CUMPLIMIENTO Y BUEN TRATO - MEJOR TRABAJADOR	Profesional Universitario gestión del Talento humano	
						Realizar seguimiento y evaluación al Plan de bienestar e incentivos.	Profesional Universitario gestión del Talento humano	
Seguridad y salud laboral	Proporción de cumplimiento del plan anual de seguridad y salud en el trabajo.	Número de actividades de seguridad y salud en el trabajo ejecutadas x 100 / Total actividades seguridad y salud en el trabajo programadas.	80%	≥80%	Plan de seguridad y salud en el trabajo	Formular el Plan anual de seguridad y salud en el trabajo.	Profesional área de la salud SST	
						GESTIONAR DOS VECES AL AÑO CAMPANA Y JORNADAS DE ORDEN - ASEO Y LIMPIEZA HOSPITALARIA	Profesional área de la salud SST	
						GESTIONAR LAS ACTIVIDADES DE CLIMA ORGANIZACIONAL - BATERIA DE RIESGO PSICOSOCIAL	Profesional área de la salud SST	

Realizar seguimiento y evaluación al Plan de seguridad y salud en el trabajo.

Profesional área de la salud SGSST

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MODELO DE ATENCION AL USUARIO CON CALIDAD, HONESTIDAD Y HUMANIZACION

PROGRAMA: SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento o continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.	Diferenciar la prestación del servicio por su calidad y enfoque de humanización.	Proporción de cumplimiento del plan operativo anual de humanización.	Número de actividades de humanización ejecutadas x 100 / Total actividades de humanización programadas.	SD	≥80%	Programa de humanización	Realizar reuniones del comité de humanización y de experiencia a usuarios para socializar mensualmente los motivos de las manifestaciones	Líder institucional de calidad
							Formular un plan operativo para la política de humanización.	Grupo o comité de humanización.
							Implementar un plan operativo para la política de humanización.	Grupo o comité de humanización.
							Realizar seguimiento y evaluación al Plan operativo de humanización.	Grupo o comité de humanización.
	Proporción de cumplimiento de auditorías internas de Control interno	Número de auditorías internas ejecutadas x 100 / Total auditorías internas programadas.	≥90%	≥90%	Programa de control interno	Realizar los comités de control interno institucional según cronograma	Asesor de control interno	
						Dar cumplimiento al cronograma de auditorías previamente aprobado	Asesor de control interno	
						Realizar seguimiento a la Ejecución de los planes de mejoramiento de los procesos auditados	Asesor de control interno	

							Realizar el seguimiento a las acciones o controles de los MAPAS DE RIESGOS POR PROCESOS	Asesor de control interno y calidad y oficial de cumplimiento
							Realizar aprobación por acuerdo del Plan de Desarrollo institucional	Junta directiva
		Diseño, aprobación y seguimiento del Plan de Desarrollo institucional	Número de metas ejecutadas / Total metas programadas.	≥90%	≥90%		Realizar la socialización del Plan de Desarrollo institucional y todos los líderes responsables e líneas estratégicas	Asesor de control interno y calidad
							Hacer los seguimientos trimestrales al plan de desarrollo con informe para la Gerencia y junta directiva cuando aplique	Asesor de control interno
							Presentar informe anual de ejecución del plan de desarrollo para certificar indicador de evaluación de Gerencia	Asesor de control interno
		Proporción de incremento de la calificación en el sistema único de acreditación.	(Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia/ Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior)-1*100	>20%	>11%	Programa de auditoria para mejoramiento de la calidad PAMEC	Realizar sensibilización a todo el personal y capacitación a líderes en PAMEC.	Profesional de apoyo de calidad
							Realizar la autoevaluación de acreditación anual	Profesional de apoyo de calidad
							Formular e implementar la ruta crítica PAMEC 2024.	Profesional de apoyo de calidad
		Proporción de ejecución del plan de mejora PAMEC	Número de actividades de mejora DEL PAMEC ejecutadas x 100 / Total actividades de mejora programadas.	≥90%	≥90%		Formular los planes de mejora y hacer Seguimiento a las acciones de mejoramiento por cada proceso auditado	Profesional de apoyo de calidad

		Porcentaje de procesos y procedimientos del Mapa institucional actualizados	Numero de procesos con la totalidad de procedimientos actualizados/ total de procesos institucionales del Mapa	20%	50%		DESPLIEGAR ACTIVIDADES DE ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS POR CADA PROCESO INSTITUCIONAL.	Profesional de apoyo de calidad
		Proporción de servicios inscritos en el REPS con autoevaluación en la vigencia.	Número de servicios inscritos en el REPS a los que se les realizó autoevaluación con estándares de habilitación vigentes en la vigencia x 100 / Total de servicios inscritos en el REPS.	≥90%	≥90%	Cumplimiento de estándares de habilitación.	Realizar autoevaluación en estándares de habilitación para cada uno de los servicios inscritos en el REPS.	Profesional de apoyo de calidad
	Presentar los informes para que las áreas realicen plan de cumplimiento según los resultados de la autoevaluación en estándares de habilitación						Profesional de apoyo de calidad	
	Mantener actualizado el registro de los servicios en el REPS.						Profesional de apoyo de calidad	
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento o continuo de un modelo de gestión		Proporción de cumplimiento del plan de mejoramiento del programa de seguridad del paciente	Número de actividades de mejora ejecutada del diagnóstico de seguridad x 100 / Total actividades programadas dl diagnóstico de seguridad	>30%	>70%	Fortalecimiento del Seguridad de paciente.	Realizar sensibilización y capacitación en el reporte de eventos e investigación de eventos adversos.	Vigía de seguridad
							Realizar sensibilización y capacitación en paquetes instruccionales de seguridad	Vigía de seguridad
							Gestionar y formular planes de mejoramiento a todos los eventos adversos e incidentes reportados.	Vigía de seguridad

integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades .							Realizar informe trimestral de la medición de adherencia a cada una de las guías de seguridad del paciente con sus respectivas acciones correctivas	Equipo de seguridad del paciente
							Gestionar la implementación o mejoramiento en la aplicación de los paquetes instruccionales que correspondan a la ESE.	Vigía de seguridad
							Realizar seguimiento a la seguridad del paciente a través de la lista de chequeo del Ministerio - autoevaluación anual	Vigía de seguridad
	Proporción de cumplimiento del plan de gestión ambiental.	Número de actividades ejecutadas para la gestión ambiental x 100 / Total actividades programadas para la gestión ambiental.	$\geq 50\%$	$\geq 70\%$	Plan de manejo ambiental	Actualizar e implementar un Plan operativo para la gestión ambiental.	Subgerente administrativa	
						Realizar campaña cuatrimestral de fomento del uso racional de servicios públicos.	Profesional Universitario (Coord. Logístico)	
						Actividad anual de Capacitación al personal en disposición de residuos a todo el personal	Profesional Universitario (Coord. Logístico)	
						GESTIONAR ESTRATEGIAS DE ENERGIA SOSTENIBLE	Profesional Universitario (Coord. Logístico)	
						GESTIONAR Y GARANTIZAR LOS CRONOGRAMAS DE FUMIGACION	Profesional Universitario (Coord. Logístico)	

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
							REALIZAR RONDAS DE VERIFICACION DE ASEO Y LIMPIEZA HOSPITALARIA A TODAS LAS AREAS CADA MES	Profesional Universitario (Coord. Logístico)
							REALIZAR LAS RONDAS DE AUDITORIA A LA DISPOSICION DE RESIDUOS CADA DOS MESES EN TODAS LAS AREAS Y SEDES Y PRESENTR LEVANTAMIENTODE INFORME	Profesional Universitario (Coord. Logístico)
							PRESENTACION DE LOS INFORMES RH1 MENSUAL Y DEL RESPEL	Profesional Universitario (Coord. Logístico)
							Realizar seguimiento y evaluación al plan operativo de gestión ambiental.	Profesional Universitario (Coord. Logístico)
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento o continuo de un modelo de gestión integral, que	Reorganización institucional y fortalecimiento de procesos.	Cumplimiento en el reporte de la evaluación del modelo integrado de planeación y gestión MIPG (Furag).	Reporte de la evaluación al Modelo integrado de Planeación y gestión a través del FURAG o aplicativo que sea dispuesto por DAFP.	2	2	Modelo Integrado de Planeación y Gestión.	Actualizar los autodiagnósticos y planes de mejoramiento para las políticas del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG.	Gerente y control interno MIPG
							Realizar el reporte de la evaluación del Modelo integrado de planeación y gestión MIPG a través del FURAG o instrumento que defina función pública.	Asesor de control interno

permite el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades .							Formular el plan mejoramiento según resultado de evaluación de MIPG en reporte FURAG vigencia anterior.	Líderes de procesos
	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	Número de informes del análisis de la prestación de servicios de la ESE a la Junta Directiva con base en RIPS en la vigencia.	4	≥4	Gestión de la información	Generar trimestralmente informe de gestión basado en RIPS.	Líder de sistemas de información	
						Actualizar los tableros de indicadores por procesos y validarlos con el área de calidad por medio de power-Bi u otro instrumento de integración	Líder de sistemas de información y calidad	
						Realizar capacitación sobre indicadores de gestión.	Líder de sistemas de información	
	Analizar resultados de los indicadores y definir planes de mejoramiento cuando no cumpla metas.	Líderes de procesos						
	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumpl e	Cumple		Actualizar cronograma de reportes e indicadores a entidades de vigilancia y control	Líder de sistemas de información	
						Realizar oportunamente los diferentes reportes de información ante los organismos de vigilancia y control.	Líder de sistemas de información	

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
		Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	Cumplimiento oportuno de los informes, en términos de la normatividad vigente.	Cumple	Cumple		Realizar seguimiento mensual al reporte de informes a los diferentes organismos de vigilancia y control.	Asesor de control interno
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de necesidades.	Reorganización institucional y fortalecimiento de procesos.	Tablas de retención documental aprobadas	Tablas de retención documental aprobadas	0		Programa de gestión documental (TRD, TVD, PINAR, SIC).	Gestionar aprobación de tablas de retención documental TRD.	Líder de gestión documental.
							Realizar capacitación en organización documental para líderes de dependencias.	Líder de gestión documental.
							Implementar las tablas de retención documental.	Líder de gestión documental.
							Revisar y actualizar Plan institucional de archivos PINAR.	Líder de gestión documental.
							Gestionar la implementación del Plan institucional de archivos.	Líder de gestión documental.
							Realizar seguimiento y evaluación al Plan institucional de archivos.	Asesor de control interno
	Fortalecer el Mercadeo de imagen y servicios institucionales.	Proporción de satisfacción global del usuario.	Número de usuarios satisfechos x 100 / Total usuarios encuestados	≥90%	≥90%	Plan de fortalecimiento de la información y atención al usuario.	Formular e implementar el PAAC.	asesor control interno
							Garantizar la realización de las encuestas e satisfacción mensualmente según la muestra representativa definida	Líder del SIAU

							Realizar seguimiento cuatrimestral al PAAC.	Asesor de control interno
							Realizar informe trimestral de resultados de encuestas y de PQRS para el comité de humanización o experiencia del usuario	Líder del SIAU
		Proporción de cumplimiento en respuesta oportuna a PQRS.	Número de PQRS respondidas dentro del plazo establecido por norma x 100/ Total PQRS radicadas y respondidas.	30%	≥90%		Garantizar la apertura de los buzones de todas las SEDES con la frecuencia establecida.	Líder del SIAU
							Llevar matriz de seguimiento a las PQRS con la ejecución de las acciones de mejora derivadas de las manifestaciones verificado en reunión de Gerencia de día a día	Líder del SIAU
							Actualizar e implementar el Plan de participación social en salud.	Líder del SIAU
		Proporción de cumplimiento de Plan de participación social en salud. PPSS	Número de actividades ejecutadas del plan de participación social en salud x 100 / Total de actividades programadas en el plan de participación social en salud	SD	>80%		Realizar seguimiento al plan de participación social en salud.	Líder del SIAU
							GARANTIZAR LA GESTION DE LAS REUNIONES DE LIGA DE USUARIOS	Líder del SIAU
							Realizar dos capacitaciones al personal en el abordaje de la población en condición de discapacidad	Líder del SIAU

							ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION Y FORTALECIMIENTO DE LAZOS CON LIDERES COMUNITARIOS VEREDALES Y URBANOS (directorios telefónicos, actividades de capacitación, promoverlos en liga de usuarios)	Líder del SIAU
							REALIZAR LOS COMITES DE ETICA INSTITUCIONAL	Líder del SIAU
							Socializar y realizar actividades de despliegue de la política de priorización de usuarios en la ESE	Líder del SIAU
							Reportar al Ministerio el Plan de participación social en salud y su seguimiento.	Líder de sistemas de información
		Porcentaje de cumplimiento de los ejercicios de rendición de cuentas a la comunidad de rendición de cuentas a la ciudadanía	Número de actividades de rendición de cuentas realizadas / programadas	100%	100%		Realizar la planeación y logística de los ejercicios de Rendición de cuentas	Líder de comunicaciones
		Proporción de cumplimiento del Plan de mercadeo y comunicaciones.	Número de actividades ejecutadas del plan de mercadeo y comunicaciones x 100 / Total de actividades programadas en el plan	≥60%	≥80%	Plan de comunicaciones y mercadeo	Diseñar o actualizar el Plan de comunicaciones y mercadeo.	Líder de comunicaciones
	Gestionar la implementación del Plan de comunicaciones y mercadeo.						Líder de comunicaciones	

			de mercadeo y comunicaciones				DISEÑO DE COMUNIDAD FACEBOOK PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA COMUNICACIÓN CON LOS USUARIOS	Líder de comunicaciones		
							GENERAR CAMPAÑA DE PROMOCION DE LA APLICACIÓN "JUANITA" PARA TODA LA COMUNIDAD	Líder de comunicaciones		
							Realizar seguimiento al plan de comunicaciones y mercadeo.	Gerente		
LÍNEA ESTRATÉGICA 3: MODERNIZACION TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA HUMANIZADA						PROGRAMA: MODERNIZACIÓN TECNOLÓGICA Y DE INFRAESTRUCTURA				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LÍNEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1		
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento o continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de requisitos y	Gestión de recursos de cofinanciación para mejorar la infraestructura.	Número de proyectos presentados para la gestión de recursos.	Sumatoria de proyectos presentados para gestionar recursos de cofinanciación.	2	2	Formulación y gestión de proyectos para cofinanciación	Identificar las necesidades de desarrollo del hospital.	Gerente		
							Identificar las fuentes posibles de cofinanciación de proyectos para el hospital.	Gerente		
							Formular los proyectos y gestionarlos ante la entidad correspondiente.	Gerente		
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyecto vulnerabilidad sísmica	Proyectos de obra terminado - gestionado					Estudio de vulnerabilidad sísmica	Realizar la gestión del proyecto y hacer seguimiento	Gerente
									Liquidar contrato y contar con informe de estudio de vulnerabilidad	Gerente

la satisfacción de necesidades		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyecto remodelación urgencias, apoyo dx y rx	Proyectos de obra terminado - gestionado		100%	Remodelación y adecuación del servicio de urgencias, apoyo dx e imagenología.	Formular proyecto para la gestión de recursos necesarios para diseño y construcción y conseguir viabilidad	Gerente
							Gestionar, Hacer seguimiento y Realizar las actas de interventoría del contrato de la remodelación aprobada hasta Liquidar contrato y contar con informe final	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyecto estudio de diseños de plan maestro	Proyectos de diseño terminado - gestionado			diseño del plan maestro de crecimiento hospitalario	Formular proyecto para la gestión de recursos necesarios para diseño de plan maestro de crecimiento hospitalario y conseguir viabilidad	Gerente
							Gestionar, Hacer seguimiento y Realizar las actas de interventoría del contrato de estudio de diseños	Gerente
		Proporción de cumplimiento de estudio de capacidad instalada	Proyectos de estudio de capacidad instalada			Gestión de proyecto Estudio de capacidad instalada	Formular proyecto para la gestión de para diseño de capacidad instalada	Gerente
							Gestionar, Hacer seguimiento y contar con informe final de estudio de capacidad instalada.	Gerente
		Proporción de cumplimiento proyecto ampliación de la capacidad de	Proyectos de obra terminado - gestionado			Proyecto de ampliación de la capacidad de unidades de hospitalización.	Formular proyecto para la gestión de recursos necesarios para diseño y construcción y conseguir viabilidad	Gerente

		hospitalización					Gestionar, Hacer seguimiento y Realizar las actas de interventoría del contrato de la ampliación aprobada hasta Liquidar contrato y contar con informe final	Gerente
		Proporción de cumplimiento proyecto ampliación de la central de esterilización	Proyectos de obra terminado - gestionado	100%	Proyecto ampliación de la central de esterilización		Formular proyecto para la gestión de recursos necesarios para diseño y construcción de la ampliación y conseguir viabilidad	Gerente
							Gestionar, Hacer seguimiento y Realizar las actas de interventoría del contrato de la ampliación aprobada hasta Liquidar contrato y contar con informe final	Gerente
		Proporción de cumplimiento proyecto de fortalecimiento económico institucional	tanque	100%	Presentación y formulación de proyecto para fortalecimiento económico institucional.		Formular proyecto para la gestión de recursos necesarios para el fortalecimiento económico institucional	Gerente
							Gestionar, Hacer seguimiento y contar con informe final de fortalecimiento económico	Gerente
		Proporción de cumplimiento de gestión para fortalecer la dotación y mantenimiento de	Gestión de dotación y mantenimiento terminado - gestionado			Gestión de Dotación y mantenimiento de puestos salud	Formular proyecto y/o gestión de recursos necesarios para el mejoramiento de la dotación y mantenimiento de puestos de salud	Gerente

		los puestos de salud					Gestionar, Hacer seguimiento y Realizar las actas de interventoría del contrato mejoramiento de dotación y mantenimiento	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0		Ejecución del proyecto de construcción de tanques de agua.	Realizar seguimiento al contrato Construcción de tanques de agua.	Gerente
							Liquidar contrato para construcción de tanques de agua.	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0	100%	Construcción de la unidad de cuidados intensivos UCI y unidad cuidados especial UCE.	Realizar seguimiento a la ejecución de la construcción de las unidades de cuidados intensivos y cuidados especial UCI - UCE.	Gerente
							Realizar las actas de interventoría del contrato de la construcción de las unidades de cuidados intensivos y cuidados especial UCI - UCE.	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0		Adecuaciones y acondicionamiento área de urgencias.	Adecuación de zona de tratamiento rápido	Gerente
							Adecuación zona atención pediátrica	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0	50%	adecuación y Construcción de la subestación eléctrica de la ESE	Certificar la subestación bajo norma RETIE	Gerente
							Realizar seguimiento a la Certificación en el Reglamento técnico de instalaciones eléctricas - RETIE.	Gerente
							adecuación del espacio para la subestación y planta eléctrica	Gerente

		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0	100%	Gestión de proyecto para construcción de laboratorio clínico.	Radicar el proyecto para la construcción/ampliación del laboratorio	Gerente
							Realizar seguimiento a la gestión del proyecto para construcción del laboratorio	Gerente
							Realizar la gestión contractual del proyecto, condicionado a los recursos para financiación del proyecto.	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de obras	Proyectos de obra terminado - gestionado	0		Adecuación de consultorio en la Sede Llano de Bolívar	Identificar las necesidades de adecuaciones de la infraestructura.	Gerente
							Gestionar los diseños y cotizaciones de las diferentes obras para adecuaciones requeridas de la infraestructura.	Gerente
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Fortalecer el desempeño institucional, mediante el desarrollo y mejoramiento continuo de un modelo de gestión integral, que permita el cumplimiento de	Modernización y aplicación tecnológica para el fortalecimiento institucional.	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución del proyecto Fortalecimiento parque automotor Adquisición de ambulancias	Gestionar el proyecto y presentarlo para viabilidad técnica	Gerente
							Realizar seguimiento a la gestión del proyecto	Gerente
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0	100%	Ejecución del proyecto Fortalecimiento parque automotor extramural Adquisición de Vehículos	Gestionar el proyecto y presentarlo para viabilidad técnica	Gerente
								Realizar seguimiento a la gestión del proyecto

requisitos y la satisfacción de necesidades						brigadas		
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución del proyecto Adquisición Tomógrafo	Gestionar los recursos necesarios para proyecto d	Gerente	
						Realizar la contratación para proyecto	Gerente	
						Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente	
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución del proyecto Adquisición Torre de Laparoscopia	Gestionar los recursos necesarios para proyecto d	Gerente	
						Realizar la contratación para proyecto	Gerente	
						Realizar seguimiento a la ejecución a la entrega de la dotación	Gerente	
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución del proyecto Adquisición de camas, camillas y mobiliario para los servicios de hospitalización	Gestionar los recursos necesarios para proyecto	Gerente	
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0	100%	Ejecución del proyecto Adquisición dotación servicios de fisioterapia	Gestionar los recursos necesarios para proyecto	Gerente	
						Realizar la contratación para proyecto	Gerente	
						Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente	
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución del proyecto Adquisición	Gestionar los recursos necesarios para proyecto	Gerente	
						Realizar la contratación para	Gerente	

	proyectos de dotación				Equipos de computo	proyecto	
						Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0	100%	Gestión de proyecto de adquisición de Resonador	radicar y Gestionar los recursos necesarios para proyecto	Gerente
						Realizar la contratación para proyecto	Gerente
	Proporción de cumplimiento de gestión de recursos para la dotación del servicio de odontología por inversión propia o por proyecto	Dotación y puesta en operación	0		Mejorar la dotación en general para la prestación de los servicios de odontología	Identificar y analizar necesidades de dotación y reemplazo de equipos en el área de odontológica (unidades, piezas etc)	Ingeniera biomédica
						Cotizar y ejecutar la compra de equipos por gestión propia o por proyecto	Almacenista
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Ejecución Proyecto de dotación equipos para área de cirugía.	Identificar y analizar necesidades de dotación y reemplazo de equipos en el área de cirugía y radicación de proyecto	Ingeniera biomédica
						conseguir Viabilización y Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Almacenista
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Proyecto gestión adquisición equipos ayuda diagnostica cardiovascular	Identificar y analizar necesidades de dotación de equipos para el servicio de ayuda diagnostica cardiovascular (holtter, mapp) y radicación de proyecto	Ingeniera biomédica

						Conseguir Viabilización y Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Almacenista
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0	100%	Proyecto gestión adquisición de mamógrafo	Identificar y analizar necesidades de dotación de equipo de mamografía y radicación de proyecto	Gerente
						Conseguir Viabilizarían y Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0	100%	Proyecto gestión adquisición de equipos para el servicio de ginecología	Identificar y analizar necesidades de dotación de equipo ecógrafos, transductores etc para el servicio de GO y radicación de proyecto	Gerente
						conseguir Viabilizarían y Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente
	Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación	Dotación y puesta en operación	0		Proyecto gestión adquisición de equipos para el servicio de imagenología convencional	Identificar y analizar necesidades de dotación de equipo de RX convencional y radicación de proyecto	Gerente
						conseguir Viabilizarían y Realizar seguimiento a la ejecución contractual entrega de la dotación y liquidar contratos suscritos.	Gerente

		numero de equipos adquiridos fuera de proyectos	Adquisición de equipos	0	3	Mejorar la dotación en general para la prestación de los servicios de salud.	Identificar y analizar necesidades de dotación de equipos biomédicos de los servicios.	Ingeniera biomédica
							Cotizar equipos biomédicos.	Almacenista
		Proporción de cumplimiento en la ejecución de proyectos de dotación recursos propios	Equipos de urología con gestión de compra	sd		Mejorar y garantizar la prestación del servicio de urología con recursos propios	Gestión de adquisición de equipos de urología clínica	Gerente
							Hacer seguimiento y liquidación de la contratación de compra	Gerente
		Plan estratégico de tecnologías de la información actualizado y aprobado.	Número actividades del PETI ejecutadas x 100/ Total de PETI programadas	sd	60%	Plan estratégico de tecnologías de la información y comunicación	Actualizar y socializar el Plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones PETI.	Líder de sistemas
							Actualizar y socializar el Plan de seguridad y privacidad de la información.	Líder de sistemas
							Actualizar y socializar el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.	Líder de sistemas
							Analizar y priorizar las necesidades de adquisición de tecnologías de la información y comunicación.	Líder de sistemas
							GESTION DE SISTEMAS DIGITURNO EN LAS SALAS DE ESPERA PARA MEJORAR LA OPORTUNIDAD E FACTURACION	Líder de sistemas
							Documentar el Plan de contingencia informático	Líder de sistemas

							Realizar actividad de socialización a TODO el personal sobre el plan de contingencia	Líder de sistemas
							Contratar la actualización del software	Líder de sistemas
							Implementar la actualización del software.	Líder de sistemas
		Porcentaje de cumplimiento de la matriz ITA	N° de canales actualizados/N° de canales habilitados según matriz ITAx 100	sd	80%		Actualizar permanentemente el link de Transparencia y acceso a la información, en cumplimiento de la normatividad vigente. Ley 1712 de 2014. Garantizar la actualización de la página Web cumpliendo con la matriz de requisitos	Líder de sistemas
							PUBLICAR 2 TRAMITES EN LA PAGINA WEB	Líder de sistemas
							ACTUALIZAR LAS FICHAS DE TRAMITES INSTITUCIONALES	Líder de sistemas
		Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de equipos.	Número de equipos con mantenimiento x 100 / total equipos programados para mantenimiento.	70%	≥ 80%	Plan de mantenimiento hospitalario	Actualizar el Plan de mantenimiento hospitalario y reportarlo a la secretaria Seccional de salud.	Subgerente administrativa
							Destinar los recursos (humanos, técnicos y financieros) necesarios para cumplir con el cronograma de mantenimiento.	Subgerente administrativa
							Actualizar constantemente el inventario de equipos biomédicos de la ESE (cada que ingrese o se de la baja un equipo).	Líder de activos fijos

		Proporción de cumplimiento del Plan de aseguramiento metrológico.	Número de equipos con calibración en la vigencia x 100 / total equipos programados para calibración en la vigencia.	sd	≥ 80%		Realizar la contratación necesaria para la ejecución de la calibración de equipos biomédicos, con empresa avalada por el ONAC (Organismo Nacional de Acreditación de Colombia)	Gerente
							Realizar la contratación necesaria para la ejecución del mantenimiento de equipos e infraestructura.	Gerente
		Proporción de cumplimiento del Plan de mantenimiento de la infraestructura	Número de actividades de mantenimiento a la infraestructura realizadas x 100 / total actividades programadas para mantenimiento de infraestructura.	sd	≥ 80%		Actualizar permanentemente las hojas de vida con los certificados de calibración y de mantenimiento debidamente verificados.	Líder de entorno biomédico
							Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento del cronograma de mantenimiento de instalaciones, equipos, vehículos y demás.	Coordinador logístico
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON COMPROMISO, DILIGENCIA Y RESPETO POR EL USUARIO						PROGRAMA: AMPLIACIÓN DE LA VENTA DE SERVICIOS DE SALUD		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
	Ampliación del portafolio de servicios.	% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	1	2 especialidades	Ofertar especialidades en la modalidad de telemedicina - Telesalud	Certificar los colaboradores en la modalidad de telemedicina.	Subgerente científico
							Habilitar las especialidades a brindar en la modalidad de telemedicina.	Profesional apoyo calidad
							Adquirir la tecnología necesaria para prestar los servicios en la modalidad de telemedicina.	Gerente

						Implementar la modalidad tele experticia sincrónica, tele apoyo asincrónico y concepto médico por telemedicina asincrónica para las especialidades ofertadas.	Subgerente científico	
						Publicitar los servicios en la modalidad de telemedicina.	Subgerente científico	
						Gestionar la oferta de modalidad de telemedicina a las aseguradoras para prestar servicio en primeros niveles e la región	Subgerente científico	
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0	100%	Atención domiciliaria	Definir los servicios a ofertar en modalidad domiciliaria y garantizar que se cuente con la habilitación y el cumplimiento de requisitos.	Coordinador médico y asistencial
						Disponer los recursos necesarios para la prestación de la atención domiciliaria (transporte, insumos, recurso humano, otros).	Coordinador médico y asistencial	
						Mercadear el servicio de atención domiciliaria.	Asesor de mercadeo	
						Prestar el servicio de atención domiciliaria y analizar resultados.	Coordinador médico y asistencial	
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del	0		Implementar servicios de Electromiografía	Gestionar contratación especializada para la prestación del servicio de electromiografía.	Gerente
						Mercadear el servicio de electromiografía.	Asesor de mercadeo	

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
			servicio				Prestar el servicio de electromiografía y analizar resultados.	Coordinador médico y asistencial
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	Ampliación del portafolio de servicios.	% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0		Implementación del servicio de fisioterapia	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de servicio de fisioterapia.	Profesional de apoyo calidad
							Disponer los recursos necesarios para la prestación del servicio de fisioterapia.	Coordinador médico y asistencial
							Prestar el servicio de fisioterapia y analizar resultados.	Coordinador médico y asistencial
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0	100	Implementar servicio de clínica de heridas	Revisar, actualizar o complementar la documentación de los procedimientos.	Profesional apoyo calidad
							Capacitar el personal responsable de la prestación del servicio de clínica de heridas.	Coordinador médico y asistencial
							Adecuar las áreas para la prestación del servicio de clínica de heridas.	Coordinador médico y asistencial
							Prestar el servicio de clínica de heridas y analizar resultados.	Coordinador médico y asistencial
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de	0	100	Implementación de Consulta externa de neurología,	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Profesional apoyo calidad

			actividades programadas para la apertura del servicio			neuropsicología.	Disponer los recursos necesarios para la prestación de servicios, de forma directa o mediante convenio o alianza con otro prestador.	Coordinador médico
							Prestar los servicios y analizar resultados.	Subgerente científico
	% implementación servicio nuevo ofertado		Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0		Implementar servicio de Cirugía maxilofacial	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Subgerente científico
							estandarizar los procedimientos a ofertar para gestionar los equipos y protocolos de atención	Subgerente científico
							realizar la gestión de mercadeo y contratación del servicio	Subgerente científico
	% implementación servicio nuevo ofertado		Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0		implementar servicio de vascular periférico	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Subgerente científico
							Gestionar contratación de especialista para realizar las doppler	Subgerente científico
							Gestión de la contratación del servicio con las aseguradoras	Subgerente científico
	% implementación servicio nuevo ofertado		Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0	90%	diseño y despliegue de programa de Salud mental ...	elaborar proyecto institucional de actividades de salud mental articulado con diferentes entidades como secretaria y alcaldía	Subgerente científico
							Desplegar actividades programadas en el proyecto	Subgerente científico

		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0		Implementación servicio de mamografía	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Subgerente científico
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0	100%	Implementación servicio de radiología intervencionista	Promocionar el servicio y Gestionar la contratación	Subgerente científico
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0		Fortalecer la prestación de servicios de Imagenología y especializada a nivel extramural y en otras IPS	Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Subgerente científico
		% implementación servicio nuevo ofertado	Número de actividades realizadas para la implementación del servicio /total de actividades programadas para la apertura del servicio	0			Gestionar contratación de especialista para el servicio	Subgerente científico
							Promocionar el servicio y Gestionar la contratación	Subgerente científico
							Revisar y gestionar el cumplimiento de requisitos de habilitación de los servicios.	Asesor de mercadeo
							Gestionar contratación con las IPS	Asesor de mercadeo
PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES								
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de	Implementación de rutas de atención integral.	Proporción de cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas PIC.	Número de actividades realizadas x100/ Total de actividades programadas en el PIC	≥90%	≥90%	Fortalecimiento de los programas de Protección específica y detección temprana PEDT, de salud	Gestionar convenios interadministrativos para el plan de intervenciones colectivas y atención primaria en salud.	Líder del PIC
							Ejecutar el plan de intervenciones colectivas y atención primaria en salud.	Subgerente científico

un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.					pública y de ATENCION EXTRAMURAL	Realizar seguimiento a la ejecución del plan de intervenciones colectivas y atención primaria en salud.	Subgerente científico
	Porcentaje de cumplimiento de las actividades para la Certificación IAMI de la ESE	# de pasos de la estrategia ejecutados/ números de pasos de la Estrategia establecidos	0	100%		Solicitar la auditoría para la certificación IAMI.	Jefe Maternidad Segura
	Proporción de incremento de Brigadas extramurales	numero de brigadas realizadas en el periodo anterior - número de brigadas realizadas en el periodo a evaluar	sd	Variación positiva		Desplegar las actividades relacionadas con el cumplimiento de los pasos del programa IAMI	Jefe Maternidad Segura
	Proporción de cumplimiento de matrices de metas de PEDT.	sumatoria del cumplimiento de cada una de las metas de RIAS contratadas / total de RIAS	≥50%	≥60%		INCREMENTAR EL NUMERO DE BRIGADAS EXTRAMURALES	Subgerente científico
						Fortalecer el Sistema de Demanda Inducida para la Captación de Pacientes.	Enfermera Líder de PEDT
						Utilizar las plataformas tecnológicas, para la Divulgación y Promoción de los Programas de Promoción y Mantenimiento de la Salud	Enfermera Líder de PEDT
						Capacitar a los Colaboradores de la ESE, en la RIAS con el Objetivo de que todos capturemos a los pacientes a los programas	Enfermera Líder de PEDT
						Realizar reuniones frecuentes con grupo de pacientes de riesgo cardiovascular, para educación y seguimiento.	Enfermera Líder de PEDT
						Ejecutar y hacer seguimiento al plan de mejoramiento para la	Enfermera Líder de PEDT

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
							certificación IAMI.	
							Formular y ejecutar un plan de implementación para Guía de Práctica Clínica priorizadas, relacionadas con las rutas integrales de atención.	Enfermera Líder de PEDT
							Realizar articulación entre el equipo de PEDT con el de salud pública (PIC y APS) para las acciones de educación y demanda inducida a los diferentes programas.	Enfermera Líder de PEDT
							Gestión y despliegue del proyecto de EQUIPOS BASICOS DE SALUD articulado y entrenado frente a las metas de PYM	Subgerente científico
							Llevar y hacer seguimiento a indicador de inasistencia por programa y establecer estrategias de intervención	Subgerente científico
							Actualizar, complementar y socializar la documentación de los servicios, documentar todas las RIAS	Enfermera Líder de PEDT

OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	Fortalecimiento de la accesibilidad y la oportunidad en los servicios de consulta externa.	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de consulta médica general de primera vez.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 3	≤ 3	Fortalecimiento de Consulta externa, odontología y fisioterapia	Mantener el recurso médico necesario para la demanda de medicina general.	Coordinador médico
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontológica general de primera vez.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de odontología general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de odontología general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 3	≤ 3		Mantener el recurso humano de odontología para cumplir con estándares de oportunidad.	Subgerencia científica
							Implementar auditoría al diligenciamiento de historias clínicas odontológicas.	Líder de odontología
							Implementar la entrega de recordatorio de citas al momento de la asignación y llevar indicador de inasistencia	Subgerencia científica
							Realizar llamadas a los usuarios para recordar citas.	Auxiliar de odontología asignada
							Definir tarifas de los procedimientos particulares, previo análisis de costos.	Subgerencia científica

		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría de primera vez.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 5	≤ 5		Revisar, actualizar, complementar y socializar la documentación del proceso.	Líder consulta externa
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia de primera vez.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 8	≤ 8		Ampliar la capacidad instalada de consulta médica general acorde con el aumento de usuarios.	Subgerencia científica
		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna de primera vez.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de la evaluación.	≤ 15	≤ 15		Revisar, actualizar, complementar y socializar la documentación del proceso.	Subgerencia científica

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	Fortalecimiento de la oportunidad y la seguridad del servicio de cirugía.	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se les realizó la apendicectomía dentro de las 6 horas siguientes a la confirmación del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de la evaluación.	≥0,86	≥0,90	Fortalecimiento del servicio de Cirugía y esterilización.	Implementar la operación de otro espacio en área quirúrgica	Líder de cirugía
							Adoptar, documentar y Socializar el protocolo de apendicetomía	Líder del servicio de cirugía
							Analizar los tiempos quirúrgicos y disponibilidad de tiempo de anestesiólogo y realizar la programación según los estándares.	Líder del servicio de cirugía
							Realizar medición de indicadores del servicio regularmente, analizar y gestionar plan de mejora según resultados.	Líder del servicio de cirugía
							Verificar el registro diario de cirugías canceladas, analizar causas y tomar medidas según resultados.	Líder del servicio de cirugía
							Realizar capacitación sobre la importancia del diligenciamiento de los consentimientos informados.	Líder del servicio de cirugía
							Implementar la medición de indicadores del servicio de cirugía, analizar y tomar medidas según resultados.	Líder del servicio de cirugía
							Revisar y actualizar la documentación del servicio de cirugía.	Líder del servicio de cirugía
							Realizar perfil microbiológico de cirugía y tomar medidas según resultados.	Comité Infecciones intrahospitalarias
				Proporción de cirugías canceladas.	Número de cirugías ambulatorias canceladas por cualquier causa x 100/ Total cirugías programadas.		<u>sd</u>	≤10%

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
							Realizar seguimiento de adherencia a las buenas prácticas de la central de esterilización, gestionando la implementación de acciones de mejora según resultados.	Líder de esterilización
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	Fortalecer la oportunidad, pertinencia y seguridad de la atención en el servicio de urgencias.	Oportunidad en la atención de urgencias triage 2 (minutos)	Sumatoria de minutos entre la hora en la que el usuario clasificado en triage 2 solicitó la atención de urgencias y la hora en la cual fue atendido por el médico / Número total de usuarios atendidos en urgencias clasificados en triage 2.	≤ 45 minutos	≤ 30 minutos	Fortalecimiento del servicio de urgencias	Actualización del software para medición de indicadores de oportunidad por medio de implementación del aplicativo	Gerencia
							DESPLIEGUE DE ESTRATEGIA DE TRIAGE POR PROFESIONAL ENFERMERIA	Gerencia
							DESPLIEGUE ESTRATEGIA TRATAMIENTO RAPIDO	Gerencia
		Proporción de reingresos a urgencias antes de 72 horas	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas, con el mismo diagnóstico de egreso / Número Total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación	≤3%	≤3%		Implementar la medición y análisis de la oportunidad en la realización de triaje en urgencias (procurando en promedio 10 minutos o menos).	Subgerente científico
						documentar y adoptar las guías de las principales causas de atención del servicio	Subgerente científico	
						Realizar análisis de reingresos para definir planes de mejoramiento si es necesario (por muestra).	Médico Líder de urgencias	

		Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM) a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia objeto de evaluación.	≥0,86	≥0,90		Revisar, actualizar y socializar el protocolo o guía de atención del IAM	Médico líder de urgencias
							Medir indicadores del servicio regularmente, analizar y gestionar planes de mejora según resultados.	Médico líder de urgencias
Fortalecimiento del hospital como centro de referencia.	Proporción de remisiones aceptadas	Número de solicitud de remisiones desde los hospitales de referencia aceptadas en la ESE x 100 Total remisiones solicitadas por los hospitales de referencia.	≥60%	≥60%	Fortalecimiento del Centro regulador	Registrar y analizar las causas de los rechazos de remisiones.	Líder centro regulador	
						Medir la proporción de no aceptación de pacientes de forma desagregada por causas y generar las acciones de mejora	Líder centro regulador	
	Oportunidad en la respuesta a las solicitudes de servicios de los hospitales de referencia.	Sumatoria de tiempo entre la hora de la solicitud de servicios por los hospitales de referencia y la hora de respuesta / Total solicitudes de servicios desde los hospitales de referencia.	< 4 horas	< 4 horas		Capacitación en temas de atención prehospitalaria para el personal.	Líder de talento humano	
						Gestionar el almacenamiento y control de medicamentos de las ambulancias medicalizadas en el centro regulador.	Líder centro regulador	
						Revisar, actualizar y socializar la documentación del servicio.	Líder centro regulador	

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
							Mantener actualizado el directorio de entidades y datos de contacto del personal.	Líder centro regulador
							Medir los indicadores regularmente, analizar y gestionar plan de mejora según resultados.	Líder centro regulador
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al	Fortalecimiento de la accesibilidad, la oportunidad y pertinencia de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.	Tiempo promedio de entrega de resultados críticos para urgencias.	Sumatoria de minutos entre la hora de recepción de la orden de laboratorio y la hora de entrega del resultado en urgencias / Total de órdenes de laboratorio recibidas del servicio de urgencias.	≤ 60 minutos	≤ 60 minutos	Fortalecimiento del servicio de Laboratorio	Adecuar instructivo de toma de muestras para exámenes críticos en relación a la preparación.	Bacteriólogo líder
		Tiempo promedio de entrega de resultados críticos para hospitalización.	Sumatoria de minutos entre la hora de recepción de la orden de laboratorio y la hora de entrega del resultado en hospitalización / Total de órdenes de laboratorio recibidas del servicio de hospitalización.	≤ 60 minutos	≤ 60 minutos		Brindar información al usuario por parte del médico, funcionarios de atención al usuario, de admisiones y laboratorio respecto a las condiciones para la toma de muestras, entregando el instructivo.	Bacteriólogo líder
							Realizar sensibilización a los funcionarios sobre la importancia de la información a entregar.	Bacteriólogo líder
							Verificar las condiciones fisiológicas de los usuarios que asisten a la toma de muestras.	Bacteriólogo líder
							Realizar seguimiento a la cancelación de exámenes o pruebas no admitidas y analizar los motivos.	Bacteriólogo líder

bienestar de la población.							Adecuar áreas de toma de muestras (mobiliario, sala de espera, etc.).	Gerencia
							Revisar, complementar y socializar la documentación de los servicios.	Bacteriólogo líder
							Realizar control de inasistencia y tiempos de agendamiento del servicio	Líder imagenología
							Solicitar y hacer seguimiento al cronograma de mantenimiento de los equipos.	Líder imagenología
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de	Fortalecimiento de la accesibilidad, la oportunidad y pertinencia de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.	Proporción de cumplimiento del programa de farmacovigilancia	Número de actividades ejecutadas x 100 / Total actividades programadas.	<u>sd</u>	>90%	Fortalecimiento del servicio de Apoyo terapéutico	Documentar e implementar plan anual de actividades de farmacovigilancia de acuerdo a lineamientos de la Seccional	Químico farmacéutico
							Realizar actividad de socialización al personal que le aplique	Químico farmacéutico
							Actualizar el protocolo o manual de Farmacovigilancia	Químico farmacéutico
							Realizar las actividades de Ronda o vigilancia activa de eventos y hacer las rondas interdisciplinarias de atención farmacéutica	Químico farmacéutico

redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.						Realizar la búsqueda de alertas de INVIMA y llevar registro de trazabilidad y evidencias de notificación a funcionarios y otras entidades pertinentes	Químico farmacéutico
						Documentar e implementar plan anual de actividades de Tecnovigilancia de acuerdo a lineamientos de la Seccional	Químico farmacéutico
	Proporción de cumplimiento del programa de tecnovigilancia	Número de actividades realizadas en tecnovigilancia x100/ Total de actividades programadas en tecnovigilancia.	<u>sd</u>	>90%		Realizar las actividades de Ronda o vigilancia activa de eventos y hacer las rondas seguimiento al mantenimiento y equipos biomédicos	Químico farmacéutico
						Realizar actividad de socialización al personal que le aplique	Químico farmacéutico
						Actualizar el protocolo o manual de Tecnovigilancia	Químico farmacéutico
	Proporción de cumplimiento del programa de REACTIVO VIGILANCIA	Numero de reportes realizados a los entes de control x 100 / Numero de reportes exigidos	<u>SD</u>	≥ 90%		Documentar e implementar plan anual de actividades de Reactivo vigilancia de acuerdo a lineamientos de la Seccional	coordinador de laboratorio clínico
						Actualizar el protocolo o manual de Reactivo vigilancia	coordinador de laboratorio clínico
						Realizar actividad de socialización al personal que le aplique	coordinador de laboratorio clínico
						Realizar la autoevaluación anual del instrumento de RELAB y ejecutar las actividades	coordinador de laboratorio clínico

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Impactar de manera positiva en la salud de los pacientes, mediante el desarrollo de un modelo de prestación de servicios basado en la gestión del riesgo y la operación de redes integradas, con criterios de calidad y humanización, contribuyendo al bienestar de la población.	Fortalecimiento de la pertinencia y seguridad de los servicios de internación.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de la evaluación) - (Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	Cero (0) o variación negativa	Cero (0) o variación negativa	Fortalecimiento del servicio de Hospitalización	Capacitación en la prevención, detección y reporte de eventos relacionados con neumonías bronco aspirativas.	Subgerente científico
		Análisis de mortalidad intrahospitalaria	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas.	≥0,90	≥0,90		Realizar análisis e informe con los resultados obtenidos de la evaluación de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario, si se presenta.	Médico líder de hospitalización
		Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante / Total historias clínicas auditadas de la	≥0,80	≥0,80		Continuar con análisis de la mortalidad intrahospitalaria, formulando planes de mejora cuando sea necesario.	Médico líder de hospitalización
							Socializar el protocolo de código rojo actualizado a personal asistencial.	Coordinador médico y asistencial
							Realizar análisis e informe con los resultados obtenidos de la evaluación de aplicación de guía con diagnóstico de Hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante.	Médico líder de hospitalización


			muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con el diagnóstico hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestante.				Capacitar en el reporte de los eventos de hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos en gestantes y demás complicaciones relacionadas con la morbilidad materna extrema (ficha de notificación).	Coordinador médico y asistencial
		Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Número de historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/ Total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.	>80	>80		Programar entrenamientos de atención en código ROJO	Médico líder de hospitalización
							Formular y ejecutar un plan de implementación para guía de atención del parto adoptada.	Vigía de seguridad
							Realizar la medición de adherencia a la guía de atención del parto	Médico líder de hospitalización
							Actualizar, complementar y socializar el proceso y procedimientos de hospitalización.	Médico líder de hospitalización
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA EFICIENTE						PROGRAMA: OPTIMIZACIÓN DE INGRESOS		
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINE A BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1

OBJETIVO: Lograr la solidez financiera mediante la optimización de ingresos y la gestión de costos y gastos, para asegurar la sostenibilidad empresarial.	Ampliación de la venta de servicios y optimización del recaudo.	Proporción de incremento interanual en la venta de servicios de salud.	(Total reconocido en el rubro de Venta de servicios de salud en la vigencia actual / Total reconocido en el rubro de Venta de servicios de salud en la vigencia anterior) - 1*100	<u>SD</u>	$\geq 2\%$	Facturación, auditoria y gestión de glosas	Revisar quincenalmente los cargos pendientes por facturar (El quince y el 30 de cada mes), para garantizar la oportuna facturación dentro del periodo.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas
							Subsanan las inconsistencias y pendientes de facturación.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas
							Socializar los contratos y demás información del proceso.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas
							Retroalimentar las inconsistencias encontradas en la auditoría a la facturación con el fin de mejorar la calidad y evitar glosas.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas
							Realizar seguimiento a la radicación de facturas ante las entidades responsables de pago.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas
							Realizar informe de causales de glosas y socializar a todo el personal que las genera (asistenciales y administrativos)	
							Realizar informes de manera oportuna para llevar seguimiento y control de los indicadores.	Líder de facturación, auditoria y gestión de glosas

		Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo.	Valor de la ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo CxP de vigencias anteriores.	0,9	≥ 0,8	Gestión de cartera	Realizar circularización trimestral de cartera para identificar los saldos que se deben conciliar y hacer acuerdos de pago.	Líder de cartera
							Adelantar procesos de cobro que permita recuperar la cartera y mejorar el flujo de efectivo.	Líder de cartera
							Realizar seguimiento a la radicación y verificación del pago de la cartera.	Líder de cartera
							Comprobar que la facturación este efectivamente radicada.	Líder de cartera
							Gestionar oportunamente la identificación de anticipos y pagos (no identificados).	Líder de cartera
							Generar regularmente informes de cartera para la dirección y demás interesados.	Líder de cartera
							Analizar regularmente los informes de cartera.	Gerencia
PROGRAMA: AUSTERIDAD EN EL GASTO								
OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIA	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	LINEA BASE	META 2026	PROYECTO	ACTIVIDAD	RESPONSABLE 1
OBJETIVO: Lograr la solidez financiera mediante la optimización de ingresos	Racionalización del gasto	Proporción de cumplimiento del Plan de austeridad en el gasto.	Número de actividades de austeridad en el gasto cumplidas x 100 / Total actividades de austeridad en el gasto programadas.	<u>SD</u>	≥ 80%	Plan de austeridad en el gasto	Formular o actualizar un plan anual de austeridad en el gasto.	Subgerente administrativa
							Socializar el plan anual de austeridad en el gasto.	Subgerente administrativa

y la gestión de costos y gastos, para asegurar la sostenibilidad empresarial.						Realizar seguimiento mensual al plan anual de austeridad en el gasto y tomar los correctivos necesarios para cumplirlo.	Subgerente administrativa
	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior- en valores constantes del año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la vigencia anterior)	1,1	≤1.04		Identificar y determinar el costo total de cada servicio por elementos del costo.	Líder de costos
						Realizar seguimiento a la producción realizando informe y socialización al equipo directivo para la toma de acciones correctivas	Líder de costos
						Realizar el costeo total de los procedimientos quirúrgicos y avanzar en el costeo de procedimientos, estancias y productos de otros servicios priorizados.	Líder de costos
						Realizar el análisis y consolidación mensual de costos.	Líder de costos
						Presentar informe y retroalimentación mensual de resultados de los costos operacionales por centros de costos.	Líder de costos
	Verificar el monto de la deuda superior a 30 días salarios de planta	(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por	Variación positiva	Cero (0) o variación negativa		garantizar los pagos oportunos de las obligaciones al Talento humano	Líder de costos

		y contratación de servicios y su variación frente a la vigencia anterior. Indicador plan de gestión	concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia objeto de evaluación) -(valor de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y por concepto de contratación de servicios, con corte a 31 de diciembre de la vigencia anterior)				generar estrategias para garantizar que las cuentas de cobro de personal contratista se entreguen en los tiempos establecidos para la causación oportuna	Líder de costos
		Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante mecanismos eficientes.	Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico-quirúrgico realizadas mediante uno o más de los siguientes mecanismos: a) compras conjuntas. b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado. c) Compras a través de mecanismos electrónicos / Valor total de las adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico-quirúrgico.	≥0,70	≥0,70	Plan de adquisición de bienes y servicios	Formular el plan anual de adquisiciones PAA de acuerdo con las necesidades y el presupuesto.	Líder de costos
	Publicar el plan anual de adquisiciones en las plataformas establecidas por norma.						Subgerente administrativa	
	Realizar regularmente el comité de compras.						Subgerente administrativa	
	Realizar seguimiento y evaluación al plan anual de adquisiciones.						Subgerente administrativa	
	Priorizar la adquisición de medicamentos y material médico quirúrgico a través de los mecanismos de compra eficiente que estable el Ministerio.						Subgerente administrativa	

 <p>ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia</p>	<p>PLAN DE ACCIÓN AÑO 2023</p>	<p>CÓDIGO: PD-PD-PN-06</p>
		<p>VERSIÓN: 03</p>
		<p>FECHA: ENERO 2023</p>
		<p>PÁGINA 53 DE 28</p>

1. CONTROL DE CAMBIOS					
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
01	Abril 2026	Elaboración del POA	Santiago Varela - Gerente	Santiago Varela - Gerente	Junta Directiva

