PLAN DE DESARROLLO			POLITICA INSTITUCIONAL ASOCIADA	POLITICAS MIPG	PLAN INSTITUCIONAL ASOCIADO	No.	ACTIVIDAD	TIPO	PROCESOS	RESPONSABLE	RESULTADO/SOPORTE	INDICADOR	META	ENE		FEB		MAR		TOTAL TRI I	ENT REG A SEM I	ABR		MAY		JUN		TOTAL TRI II	ENT REG A SEM II	JUL		AGO		SEP		TOTAL TRI III	ENT REG A TRI III	OCT.		NOV.		DIC.		ENE.
EJE	PROGRAMA	PRODUCTO												P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	P1	E1	23	24	25	26	27	28	P1	E1	31	32	33	34	35	36	P II	E II	39	40	41	42	43	44	45
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	1	Formular Plan anual de auditoria del SUH, por cada uno de los servicios habilitados ante el REPS de acuerdo Resolución 3100 de 2019	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Referente Habilitación	Plan anual de auditoria del SUH 2023	Plan anual de auditoria del SUH 2023 aprobado	1			1				1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	2	Ejecución del Plan anual de auditoria del SUH, para el cumplimiento de requisitos de habilitación y definir hallazgos y acciones correctivas	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Referente Habilitación	Informe de resultados del Plan anual de auditoria del SUH 2023	No. De servicios habilitados auditados en SUH / Total de servicios habilitados	100%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	3	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Dotación)	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de DOTACION	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	4	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Procesos prioritarios)	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Referente Habilitación	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de PROCESOS PRIORITARIOS	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	5	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Talento Humano)	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de Talento Humano	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	6	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Historia clínica)	Actividad sistemica	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2. Líder de Prestación de servicios	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de Historia clínica	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	7	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Infraestructura)	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de Infraestructura	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	8	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio habilitado y auditado en SUH (Estandar de Medicamentos y/o dispositivos medicos)	Actividad sistemica	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Líder de Farmacia	Informe de seguimiento a las acciones correctivas en el estandar de Medicamentos y/o dispositivos medicos	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0					1	1	0						1	0					1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	9	Seguimiento al cumplimiento de implementación de las acciones correctivas por servicio habilitado	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Coordinador de Habilitación	Informe Trimestral de seguimiento a las acciones correctivas propuestas en SUH por servicio	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							0	0	1					1	0	1						2	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	10	Liderar proceso de documentación, alistamiento y presentación de habilitación de UCI Neonatal	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Referente Habilitación	Distintivo de Habilitación UCIN	No. De UCIN habilitadas	1							0	0						0	0					1		1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.1. Dar cumplimiento al mantenimiento de las condiciones de Habilitación para la ESE Hospital Regional de Duitama (excepto Infraestructura)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	11	Acompañamiento y vigilancia de cumplimiento de estandares de habilitación en los proyectos en curso y/o traslado de servicios	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.1. Referente Habilitación	Informe y/o actas o soportes de acompañamiento	No. De informes de acompañamiento a traslados de servicios y/o proyectos	2							0	0						0	0	1						1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	12	Realizar reporte y analisis oportuno de informe relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Resolución 256 y 1552 (Trimestral) Decreto 2193 (Trimestral)	Informe a entes externos	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Trimestral Reporte SIC (Res. 256 de 2016.) Resolución 1552 *Trimestral Dec. 2193	Reportes efectivos de informe Res. 246/1552 y Decreto 2193	6							0	0	2					2	0	2						4	0	2						2
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	13	Realizar el seguimiento, analisis, mejoramiento y reporte de la oportunidad en asignación de citas de acuerdo con la Resolución 1552 (Mensual)	Informe a entes externos	2.3. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3. Líder de Gestión de Servicios Ambulatorios	*Informe mensual EPS (Res. 1552 y 256) *Trimestral Dec. 2193	Reportes efectivo de informe Res. 1552	1		1		1		2	0	1		1		1		5	0	1		1		1		8	0	1		1		1		1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	14	Realizar reporte trimestral , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Resolución 408	2.3. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3. Líder de Gestión de Servicios Ambulatorios	*Informe indicador Formato Res 408 (Trimestral)	**IND 18- Res 408 =** Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de pediatria de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatria de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	5							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	15	Realizar reporte trimestral , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	Resolución 408	2.3. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3. Líder de Gestión de Servicios Ambulatorios	*Informe indicador Formato Res 408 (Trimestral)	**IND 19- Res 408 =** Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de gineco obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de gineco obstetricia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	8							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	16	Realizar reporte trimestral , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	Resolución 408	2.3. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3. Líder de Gestión de Servicios Ambulatorios	*Informe indicador Formato Res 408 (Trimestral)	**IND 20- Res 408 =** Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicito, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	8							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.3. Autoevaluación de los estandares de acreditación aplicable a instituciones no acreditadas.	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	17	Adelantar el proceso de Autoevaluación de los estándares de acreditación aplicable a instituciones no acreditadas, acorde al Manual de Acreditación 3.1	Resolución 408	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Informe Autoevaluación. *Concepto favorable de la vigencia	**IND 1 - Res 408 =** Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	1.76	1					1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.4. Formular y adoptar el programa de calidad	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	18	Identificar las oportunidades de mejora que permitan dar cumplimiento a la calidad Objeto de la Empresa social	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Pamec vigencia 2022 *Concepto Favorable PAMEC	No. de PAMEC con concepto favorable	1		1				1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.4. Formular y adoptar el programa de calidad	Calidad	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan Institucional de Capacitación	19	Definir el alcance e incluir capacitaciones de las guias de práctica clínica que sean priorizadas y seleccionadas en comité de prestación del servicio	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2. Líder de Prestación de servicios	Informe de evaluación del conocimiento de GPC socializadas en comité de prestación de servicio	No. De informes de evaluación del conocimiento de GPC.	1							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.4. Formular y adoptar el programa de calidad	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	20	Retroalimentar a líderes de proceso sobre el desempeño en el modelo de atención (periodicidad trimestral)	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2. Líder de Prestación de servicios	Actas de comité Gestión clínica multidisciplinaria y prestación de servicios	No. Jornadas de comité Gestión clínica multidisciplinaria y prestación de servicios con	4							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.5. Programa de calidad ejecutado	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	21	Implementar y hacer seguimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la vigencia	Resolución 408	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Informe auditorias Auditorias realizadas * Soporte de cargue ST002 (Superalud)	**IND 2 - Res 408=** % de Cumplimiento del PAMEC	> 90%							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.5. Programa de calidad ejecutado	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	22	Dar continuidad al proceso de parametrización, puesta en marcha y empoderamiento del personal del software de gestión de calidad con sus respectivos módulos	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Informe de aplicabilidad y puesta en marcha de software de gestión de calidad	No. De modulos en funcionamiento del y software de gestión de calidad adquirido / Total de modulos adquiridos	> 90%							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.1.1.5. Programa de calidad ejecutado	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	23	Definir cronograma, hacer acompañamiento y seguimiento primarios de mejoramiento en los diferentes procesos.	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3. Líder de Gestión de Calidad	*Documentos de formalización de equipos primarios *Actas de reunión de equipos primarios.	Jornadas de trabajo equipos primarios adelantadas en el año	4							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	24	Definir y ejecutar capacitaciones del programa y política de humanización en el marco del PIC	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Jornadas de capacitaciones	No. De jornadas de capacitación del programa y política de humanización	6			1				1	0	1				1		3	0			1				4	0	1				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	25	Actualización del programa de humanización y/o soporte documental de las estrategias que le conforman, según avances	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Programa de humanización y/o soporte documental de las estrategias que le conforman actualizado y socializado	No. De Documentos vinculados al programa de humanización actualizados	90%							0	0						0	0	1						1	0							1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	26	Garantizar el desarrollo efectivo del Comité de Etica hospitalaria	Actividad de gestión para el año	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO X	2.1. Líder de SIAUC	Acta de comité de etica hospitalaria	No. Jornadas de comité etica hospitalaria	12	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	27	Garantizar el desarrollo efectivo del Comité de Bioetica	Actividad de gestión para el año	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO X	2.1. Líder de SIAUC	Acta de comité de bioetica	No. Jornadas de comité bioetica	4							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	28	Consolidar en Video institucional de la estrategia bienvenida al usuario en Urgencias	Actividad de gestión para el año	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Video socializado en urgencias en sala de partos y sala de espera .	No. De videos divulgados en el servicio de urgencias	1					1		1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	29	Gestionar las manifestaciones recibidas a traves del Buzón de escucha activa colaboradores - cliente interno	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Analisis de la gestión de buzon de del buzon de de escucha activa colaboradores / Total de interno en informe de programa de humanización	No. Manifestaciones gestionadas colaboradores - cliente interno / Total de Manifestaciones recibidas en buzon de de escucha activa colaboradores	90%							0	0						0	0	1						1	0							1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	30	Gestionar el acompañamiento espiritual a usuarios que lo requieren	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Analisis de la gestión de indicadores alimentado y analizado.	No. Casos gestionados y/o usuarios beneficiados con estrategia de apoyo espiritual/ Casos que requieren apoyo espiritual	100%							0	0						0	0	1						1	0							1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	31	Organizar y desarrollar la metodologia, alcance y logistica de concurso de fotografia	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Actas de reunion de definición de la estrategia y Registro fotografico del evento	No. Evento de Consurso de fotografia				1				1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	32	Gestionar carnet de inducción - reinducción como mecanismo de verificación del conocimiento mínimo requerido para los colaboradores.			3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Carnet de inducción - reinducción adoptado	No. Carnet de inducción - reinducción normalizado	1					1		1	0						1	0							1	0							
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Plan de Incentivos y Bienestar social	33	Organizar y desarrollar la metodologia, alcance y logistica de los Premios HRD	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Actas de reunion de definición de la estrategia y Registro fotografico del evento	No. Evento de Premios HRD	1							0	0						0	0							0	0			1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	34	Definir el alcance y condiciones para el tablero de honor e implementar en los servicios	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	Actas de reunion de definición de la estrategia y Registro fotografico	No. Exaltaciones generadas en el tablero de honor en el año.	4							0	0	1					1	0	1						2	0	1						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidez y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	35	Publicación mensual de las felicitaciones allegadas or usuarios en mural de felicitaciones	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Líder Humanización	mural de felicitaciones actualizado mensualmente	No. Publicaciones verificadas y divulgados	12	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1	1

E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Humanización	Política de Integridad	Programa de Humanización	36	Consolidar las condiciones para el acceso de visitantes a los servicios de internación en el procedimiento de manejo de visitas y acompañamiento hacer su promoción para usuarios	Actividad de gestión para el año	1.1. DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	1.1. Lider Humanización	procedimiento de manejo de visitas y acompañamiento	1	1					1	0					1	0					1	0							1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.2 Implementación política de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	37	procedimiento de comunicación equipo paciente	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador unidad de cuidado intensivo	Procedimiento de comunicación equipo paciente normalizado e informe de implementación finalizando año	2						0	0					0	0	1								1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan de Desarrollo	38	Autoevaluación trimestral de la estrategia IAMI	Actividad sistemica	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	*Autoevaluación diligenciada en lineamientos de la estrategia *Certificación IAMI	4	1					1	0	1					2	0	1								3	0	1					
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	POA IAMI	39	Organizar evento Foro de lactancia materna (Semana mundial de la lacrancia materna - Agosto)	Actividad sistemica	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	foro ejecutado	1						0	0					0	0			1						1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	POA IAMI	40	Organizar Seminario ruta materno perinatal	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	Seminario ruta materno perinatal	1						0	0					0	0									0	0		1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	POA IAMI	41	Ejecucion del Plan de capacitacion continuada IAMI 2023	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	lista de asistencia Plan de capacitacion continuada IAMI 2023	11	2		2		2	6	0	2		2			10	0	2		2		2		16	0	2		2			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	POA IAMI	42	Evaluar adherencia a Guias de Práctica Clínica para las salas ERA aconte a instrumento del Min Salud.	Actividad de gestión para el año	2.6. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	2.6. Lider de Gestión de Atención Inmediata (Urgencias)	Informe de adherencia a GPC para salas ERA pediatria.	4						0	0	1					1	0	1							2	0	1					1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	IAMI	Gestión del Conocimiento y la Innovación	POA IAMI	43	Definir los lineamientos de Consulta preconcepcional: Documento + historia clínica e implementación	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.3. Lider de Gestión de Servicios Ambulatorios	Documento junto a historia clínica	1						0	0					0	0	1								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMI	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan de Desarrollo	44	Taller practico Lactancia materna (Generalidades, amamantamiento y extraccion)	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2.1. Coordinador de enfermeria	Talleres aplicados a equipos primarios	60%		1				1	0		1			2	0			1					3	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	45	Realizar Seguimiento a la aplicación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente en el HRD	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de Seguimiento aplicación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente en el HRD	4						0	0	1					1	0	1							2	0	1			1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	46	Actualizar el manual del programa de seguridad del paciente de acuerdo con la nueva estructura de procesos de la ESE	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Manual de seguridad del paciente actualizado	1						0	0	1					1	0								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	47	Medicion de la cultura de seguridad entre los colaboradores de la institucion	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de evaluación cultura de seguridad entre los colaboradores de la institucion	1				1		1	0					1	0								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan de Desarrollo	48	Vigilancia en la prevención de infecciones a través de programas (Aislamiento, procesos de limpieza y desinfección, uso racional de antibióticos, programa higiene de manos, adherencia a protocolos venopunción, búsqueda activa de infecciones asociadas a la atención en Salud)	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	2.11 Lider de Salud Pública	Informe de Seguimiento Vigilancia en la prevención de infecciones a través de programas	3						0	0	1					1	0	1							2	0	1					
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	49	Favorecer la cultura institucional en el talento humano, a través del programa de inducción y re entrenamiento en seguridad del paciente	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de seguimiento programa de inducción y re entrenamiento en seguridad del paciente / listado de asistencia	4						0	0	1					1	0	1							2	0	1			1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	50	Evaluar adherencia al programa de seguridad del paciente institucional de acuerdo con la lista de chequeo del Ministerio de Salud	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Lista de chequeo programa de seguridad del paciente	1						0	0						0	0								0	0		1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	51	Socializacion seguimiento y retroalimentacion de indicios de atencio insegura reportadas al programa de seguridad del paciente a travez de comité de seguridad del paciente	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de seguimiento fallas reportadas al programa a travez de comité de seguridad del paciente y actas de comite	12	1		1		1	3	0	1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	52	Implementacion de estrategias de busqueda activa de posibles fallas de atención en diferentes sitios de riesgo	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de las estrategias implementadas de busqueda activa de posibles fallas de atención en diferentes sitios de riesgo	2						0	0				1	1	0								1	0				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	53	Implementar del Modelo pedagógico - paquetes instruccionales min salud (Formular actividades educativas para involucrar al paciente y su familia en su seguridad y autocuidado).	Actividad de gestión para el año	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	1.3.2. Coordinador de Seguridad del Paciente	Informe de seguimiento a educación al paciente. Listas de Asistencia Act Paciente y Cuidador	3						0	0	1					1	0	1							2	0			1			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	54	Evaluar la aplicación del procedimiento de egreso seguro	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.2. Lider de Prestación de servicios	acta del comité de prestacion del servicio	100%						0	0	1					1	0	1							2	0	1					1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	55	Documentar Programa de egreso seguro asistido	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	Documentar y Normalizar el programa de egreso seguro asistido	100%																	1											
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	56	parametrizar indicadores del Programa de egreso seguro asistido	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	Parametrizar indicadores del programa egreso seguro	100%																							1					
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	57	Gestionar Desviaciones de Programa de egreso seguro asistido	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	Gestionar desviaciones encontradas en el programa de egreso seguro	100%																								1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	58	Programa de egreso seguro asistido	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	implementacion paciente adulto y paciente quirurgico	1						0	0					0	0			1					1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	59	Documentar, normalizar y socializar el Manual de atencion de atencion de parto institucional	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.5. Lider de Gestión Quirúrgica	Manual Aprobado	100%						0	0		1			1	0								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	60	Capacitar al personal de médicos hospitalarios sobre la estrategia de egreso seguro	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	soportes de capacitación	1						0	0					0	0						1		1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	61	Documentar normalizar y socializar Protocolo Implementacion y Activacion del codigo THAE	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.5. Lider de Gestión Quirúrgica	Manual Aprobado	1		1				1	0		1			2	0			1					3	0				1		
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	62	Organizar las jornadas de equipos primarios general para retroalimentación y empoderamiento de coordinadores de enfermeria.	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2.1. Coordinador de enfermeria	Actas de reunión y presentaciones de equipos primarios generales	12	1		1		1	3	0	1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	63	Organizar las jornadas de equipos primarios de servicios para retroalimentación al personal de enfermeria	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2.1. Coordinador de enfermeria	Actas de reunión y presentaciones de equipos primarios por servicios	4			1			1	0		1			2	0			1					3	0			1			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	64	Proponer y desarrollar programa especifico de capacitaciones y/o talleres de entrenamiento para personal de enfermeria	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2.1. Coordinador de enfermeria	Informe de cierre del programa especifico de capacitaciones y/o talleres de entrenamiento para personal de enfermeria	2						0	0				1	1	0								1	0			1			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	65	Alimentar y analizar indicadores del ingreso a piso con gestión del riesgo clinico.	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.2. Lider de Prestación de servicios	indicadores alimentados	60%						0	0		1			1	0								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	66	Implementar la BPS Reducir riesgo de la atención del paciente crítico.	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador unidad de cuidado intensivo	Herramienta de BPS Reducir riesgo de la atención del paciente crítico con % de cumplimiento	25%						0	0					0	0	1							1	0			1			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	67	Evaluar la aplicacion del procedimiento de ingreso y egreso seguro en UCI	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador unidad de cuidado intensivo	Evaluacion de aplicacion ejecutada	100%						0	0					0	0	1							1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	68	Implementacion de terapia de reemplazo renal en UCI	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador unidad de cuidado intensivo	Informe de implementacion terapia de reemplazo renal en UCI	100%						0	0					0	0								0	0		1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	69	Documentar el desarrollo del programa gestion sistemica del riesgo clinico	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador unidad de cuidado intensivo	Programa gestion sistemica del riesgo clinico normalizado e informe de implementación finalizando año	2						0	0					0	0	1							1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	70	Implementación y medición de adherencia de la buena practica de seguridad Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea.	Actividad sistemica	2.8.GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	2.8. Lider de Laboratorio Clinico	Herramienta de BPS buena practica de seguridad Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea con % de cumplimiento	100%						0	0					0	0	1							1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	71	Implementación y medición de adherencia de la buena practica de seguridad Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.	Actividad sistemica	2.8.GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	2.8. Lider de Laboratorio Clinico	Herramienta de BPS buena practica de seguridadGarantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio con % de cumplimiento	100%						0	0					0	0	1							1	0						1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan de Desarrollo	72	Capacitacion y reinduccion en gestion pretransfusional	Actividad sistemica	2.8.GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	2.8. Lider de Laboratorio Clinico	Soporte Listado de asistentes a Capacitacion	100% del personal de laboratorio						0	0					0	0								0	0		1				
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Plan de Desarrollo	73	Actualizacion el manual de laboratorio para realizar toma de muestras pertinente siempre y cuando las condiciones del paciente lo permita - PUMI - ACTIVIDAD 597	Actividad sistemica	2.8.GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	2.8. Lider de Laboratorio Clinico	Manual de laboratorio para realizar toma de muestras actualizado	1						0	0	1					1	0								1	0						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	74	Seguimiento a la adherencia a la buena practica de seguridad: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	Actividad de gestión para el año	2.5. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	2.5. Lider de Gestión Quirúrgica	Herramienta de BPS Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. con % de cumplimiento	50%						0	0	1					1	0	1							2	0	1					1

E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	75	Gestionar la Adherencia profilaxis Antibiótica en salas de cirugía, documentar dicha gestión y retroalimentar actores que intervienen en la misma.	Actividad de gestión para el año	2.5. GESTION DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	2.5. Líder de Gestión Quirúrgica	indicador de adherencia	% cumplimiento del indicador de adherencia a profilaxis antibiotica	75%							0	0	1					1	0	1					2	0	1					1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	76	Aplicación y seguimiento al programa de monitoreo Hospitalario - torre de control para el servicio de urgencias y sus áreas de interdependencia	Actividad de gestión para el año	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	2.6. Líder de Gestión de Atención Inmediata (Urgencias)	alimentacion y presentacion de los indicadores mensuales	indicadores formulados		1	1	1	1	1		3	2	1		1		1	6	2	1		1		1	9	2	1		1		1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	77	retroalimentacion al personal de la evaluacion de adherencia a Guias de Práctica Clínica para las salas ERA acorde a instrumento del Min Salud.	Actividad de gestión para el año	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	2.6. Líder de Gestión de Atención Inmediata (Urgencias)	Listados de asistencias de retroalimentacion	indicadores alimentados	100%							0	0	1					0	0	1					1	0					1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	78	Aplicación de evaluación al 60% del personal de salud del área de urgencias de adherencia a Guias de Práctica Clínica para las salas ERA acorde a instrumento del Min Salud.	Actividad de gestión para el año	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	2.6. Líder de Gestión de Atención Inmediata (Urgencias)	aplicación de evaluacion al 60% del personal de salud del area de urgencias de adherencia a Guias de Práctica Clínica para las salas ERA acorde a instrumento del Min Salud.	% de adherencia a los tratamientos para manejo de pacientes en sala ERA	60%							0	0						0	0					1	1	0				1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	79	Contrucción del programa de Optimización de Antibioticos institucional	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	2.11 Líder de Salud Pública	Programa de Optimización de Antibioticos institucional normalizado	No. De programa de Optimización de Antibioticos institucional normalizados	1							0	0				1		1	0						1	0					
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	Seguridad del paciente	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Programa de Seguridad del Paciente	80	Socialización del programa de Optimización de Antibioticos institucional	Actividad sistemica	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	2.11 Líder de Salud Pública	Planillas de socialización	No. Jornadas de socialización del orogram PROA	1							0	0				1		1	0						1	0					
E2. Superando la pandemia	P.2.1 Superando juntos la COVID-19	P.2.1.2. Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Desarrollo	81	Revisar, actualizar el Protocolo de Bioseguridad segun cambios rqormativos o relacionados por pandemica COVID o otros agentes biologicos	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Protocolo(s) de bioseguridad actualizado	Protocolo(s) de bioseguridad actualizado	1							0	0	1					1	0						1	0					
E2. Superando la pandemia	P.2.1 Superando juntos la COVID-19	P.2.1.2. Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Desarrollo	82	Socializar el manual de Bioseguridad	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	listas de asistencias	manual socializado								0	0						0	0						0	0					
E2. Superando la pandemia	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.2.1.2. Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Desarrollo	83	Verificar adherencia a Protocolos de Bioseguridad y uso de EPP	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral y uso de epp	Porcentaje de adherencia al protocolo de seguridad laboral	100%	1		1		1		3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1	
E2. Superando la pandemia	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.2.1.2. Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Desarrollo	84	Relazar investigación, seguimiento, cerco epidemiologico de los casos COVID 19 que se presenten en los colaboradores de la ESE Hospital Regional Duitama	Actividad de gestión para el año	2.11. GESTIÓN EN SALUD PUBLICA	2.11 Líder de Salud Pública	Matriz e informe presentado a coordiandor de prestación de servicios	Porcentaje de adherencia al protocolo de seguridad laboral	0,7							0	0						0	0	1					1	0					1
E2. Superando la pandemia	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.2.1.2. Trabajadores y colaboradores adheridos al protocolo de seguridad laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	85	Hacer seguimiento a los casos de enfermedad laboral por covid que se presenten en los trabajadores	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	informe de seguimiento	Porcentaje de adherencia al protocolo de seguridad laboral	2							0	0						0	0	1					1	0					1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan Anual de Mantenimiento	86	Dotacion y ambientacion de estacios amigables en los servicios de atencion materno infantil (c. externa, a1,c2, urgencias, sala de partos)	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de dotación del área de servicios amigables	No. De ambientes de servicios amigables dotados	0,6							0	0						0	0						0	0		1			
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	87	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	2.5. GESTION DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	2.5. Líder de Gestión Quirúrgica	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6							0	0	1					1	0						1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	88	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	2.8. Líder de Laboratorio Clínico	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	1							0	0	1					1	0						1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan Anual de Mantenimiento	89	Seguimiento y gestión de mejoramiento a la infraestructura del servicio de imagenologia	Actividad de gestión para el año	2.9. GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.9. Líder de Imágenes Diagnosticas	Informe de seguimiento al mejoramiento de la infraestructura	No. Informes de mejoramiento de lfraestructua radicados	2							0	0						0	0	1					1	0				1	
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Modelo de Atención Institucional	90	Socializar protocolos de imagenologia con todos los servicios asistenciales	Actividad de gestión para el año	2.9. GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.9. Líder de Imágenes Diagnosticas	Planillas de socialización	No. De eventos de socialización de documentos de imagenologia	3							0	0	1					1	0	1					2	0	1				
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Modelo de Atención Institucional	91	Gestionar y organizar la logistica de implementación del digiturno en consulta externa	Actividad de gestión para el año	2.3. GESTION DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Informe de implementación del digiturno	Informes programados /Informes reportados	1							0	0						0	0	1					1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Modelo de Atención Institucional	92	Verificación de las condiciones de habilitación del servicio y retroalimentación a líderes de apoyo para subsanar hallazgos	Actividad de gestión para el año	2.3. GESTION DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	1.3.1. Referente Habilitación	Autoevaluación de estandares de habilitación con seguimientos	No. Jornadas de verificación de requisitos de habilitación en consulta externa	2					1		1	0						1	0						1	0				1	
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	93	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales	0,6							0	0		0,5				1	0				0,5		1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	94	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	3.3. GESTIÓN JURIDICA Y CONTRACTUAL	3.3. Lider de Contratación	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6							0	0	1					1	0						1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	95	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	1							0	0	1					1	0						1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	Gobierno Digital-TIC para la Gestión		96	Actualizar el CLAP materno acorde a la normatividad vigente.	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	CLAP Materno actualizado acorde a la norma vigente que lo rija.	Certificacion de actualizacion del CLAP materno con base a la resolución 3280 del 2018.	1					1		1	0						1	0						1	0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	N/A	4. Gestión Presupuestal y Eficiencia del gasto público.	N/A	97	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	Actividad de gestión para el año	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	3.2.4. Coordinador de Tesoreria	Manuales, procesos, procedimientos etc normalizados	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	1					1		1	0						0								0					
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	99	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (IMAGENOLOGIA)	Actividad de gestión para el año	2.9. GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2.9. Líder de Imágenes Diagnosticas	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	100	Capacitar y medir conocimiento del Modelo de Atención "Cuidar tu salud" por parte de colaboradores del área asistencial y administrativa	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2. Líder de Prestación de servicios	Informe de evaluación del conocimiento del Modelo de Atención "Cuidar tu salud"	No. Modelos de atención actualizados y normalizados	1							0	0						0	0	1					1	0					1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	101	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (URGENCIAS)	Actividad de gestión para el año	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	2.6. Líder de Gestión de Atención Inmediata (Urgencias)	Registro de datos en la Matriz y analisis de los mismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	102	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (HOSPITALIZACIÓN)	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Lider de Hospitalización	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	103	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (SALAS DE CIRUGIA)	Actividad de gestión para el año	2.5. GESTION DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	2.5. Líder de Gestión Quirúrgica	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	104	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (UCI)	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4.1. Coordinador Unidad de cuidado intensivo	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	105	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (CONSULTA EXTERNA)	Actividad de gestión para el año	2.3. GESTION DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3. Líder de Gestión de Servicios Ambulatorios	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	106	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (ATENCIÓN A LA GESTANTE)	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Líder de Hospitalización	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	107	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO)	Actividad de gestión para el año	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	2.4. Líder de Hospitalización	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Modelo de Atención Institucional	108	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención aplicables a su unidad funcional o grupo de riesgo (UBAS)	Actividad de gestión para el año	2.3. GESTION DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	2.3.1. Coordinador de Sedes integradas	Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	No. De Registro de datos en la Matriz y analisis de losmismos en ficha tecnica del indicador.	4							0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.2 Mejora continua		Calidad	Gestión del Conocimiento y la Innovación	Modelo de Atención Institucional	109	Definir y aplicar instrumento de evaluación de adherencia a las guias de práctica clínica priorizadas.	Actividad de gestión para el año	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	2.2. Líder de Prestación de servicios	Acta de comité de historias clínicas con presentación de resultados de medición de adherencia	No. Comités de historia clínica con presentación de resultados de evaluación de adherencia								0	0	1					1	0	1					2	0	1				1

| | | |

E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.1. Formular y adoptar la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica (adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnologia)	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		144	Actualizar el Manual de gestión de la tecnologia biomedica	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Manual de gestión de la tecnologia biomedica normalizado	No de Manual de gestión de la tecnologia biomedica aprobados	1					1		1	0						1	0							1	0											
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.2. Cumplir con la implementación de la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		145	Documentar y socializar las guias rapidas de manejo de equipo biomedico	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Guias rapidas de manejo de equipo biomédico de clasificacion de riesgo IIA Y IIB , actas y lista de asistencia de socializacion.	No. De guias rapidas de manejo de equipo biomédico normalizadas/Total de equipos biomédicos nivel riesgo IIA Y IIB	0,6						0	0						0	0	0,3						0	0											0,2
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.2. Cumplir con la implementación de la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		146	Implementación de guias rapidas de manejo equipo biomedico	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Informe del despliegue guias rapidas de manejo equipo biomédico	No. De guias rapidas de manejo de equipo biomédico instaladas/Total de equipos biomédicos nivel riesgo IIA Y IIB	0,1						0	0						0	0	0,3						0	0	1									1
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.2. Cumplir con la implementación de la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		147	Actualizar hojas de vida de equipos biomedicos, de acuerdo con los requisitos en materia	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Hojas de vida de equipos bioimedicos actualizadas	Número de Epoipos con hojas de vida actualizadas / Total de equipo biomedico de la ESE	0,6		0,2				0	0						0	0	0,2				0,2		1	0								
	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.2. Cumplir con la implementación de la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		148	Hacer seguimientoy vigilancia del cumplimiento del Manual de Gestión de la Tecnologia biomedica	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Informe de seguimiento a Manual Tecnologia biomedica	seguimiento a Manual Tecnologia biomedica	2						0	0						0	0	1						1	0				1				
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.2. Cumplir con la implementación de la politica y manual de gestión de la tecnologia biomédica		Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	149	Verificar y retroalimentar internamente el ejercicio de interventoria adelantado a la obra de contrucción de salas de cirugia y salas de partos	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Retroalimentación de los informes de interventoria de la obra de infraestructura	Retroalimentación de los informes de interventoria de la obra de infraestructura	2						0	0						0	0	1						1	0				1				
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.3. Adelantar gestiones para buscar financiación para la construcción de salas de cirugia y salas de partos		Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	150	Formular, realizar ajustes y gestionar concepto favorable de los Proyectos de inversión activos en la vigencia	Actividad de gestión para el año	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	1.2. Lider de Planeación	conceptos favorables ,proyectos de inversión radicados .	No. De proyectos de equipo industrial gestionados	2						0	0				1		1	0						1	0				1				
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos		151	Elaborar e implementar cronograma de mantenimiento anual de equipo biomédico y hacer seguimiento trimestral de su cumplimiento retroalimentando avances PLMI	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.2. Coordinador de Ingeniería Biomédica	Informe de cronograma de mantenimiento anual de equipo biomédico y seguimiento de su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento de equipo biomédico	0,9						0	0	1						1	0	1						2	0	1					1	
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	152	Implementar y hacer seguimiento al cronograma de mantenimiento anual de Infraestructura y Movilisario hacer seguimiento trimestral de su cumplimiento retroalimentando avances	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de avance cumplimiento Plan de Mantenimiento Hospitalario Infraestructura y mobiliario	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento- Infraestructura y mobiliario	0,9						0	0	1						1	0	1						2	0	1					1	
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	153	Elaborar cronograma de mantenimiento anual de Equipo de computo	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Cronograma de mantenimiento anual de Equipo de computo	No. De cronograma de mantenimiento anual de Equipo de computo	1	1					1	0						1	0						1	0								
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Gobierno Digital-TIC para la Gestión	Plan Anual de Mantenimiento	154	Verificación de la ejecución del mantenimiento preventivo de los equipos de comunicaciones e informática del proceso TI.	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Informe de ejecución de Mantenimiento preventivo de los equipos de informática y comunicaciones acorde al cronograma de mantenimiento.	No. de informes de ejecución del mantenimiento preventivo de los equipos de informática y comunicaciones.	2						0	0						0	0	1						1	0				1				
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	155	Elaborar y radicar informe de cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de cumplimiento Plan de Mantenimiento Hospitalario	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento hospitalario	0,8						0	0						0	0						0	0				1				
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	Adquisicion, Incorporacion, monitorizacion, control y reposicion de la Tecnologia	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan Anual de Mantenimiento	156	Instalar un sistema de alarma de emergencia y socializarlo con los colaboradores y entidades de socorro según quede previsto en el documento plan de emergencias - PLIMI - ACTIVIDAD 279-281	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de seguimiento sistema de alarma de emergencia	% Avance de seguimiento de implementación	1						0	0						0	0						0	0	1							
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.1. Certificación de la central de mezcles en Buenas Prácticas de Manufactura BPMpor parte del INVIMA	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	157	Acompañar la reorganización del área de farmacia considerando los requisitos para certificación de Resolución 444 de 2008 con lider de calidad	Actividad de gestión para el año	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Lider de Farmacia	Lista de chequeo aplicada de requisitos Res. 444 DE 2008 para certificación en BPM	No. De autoevaluación de requisitos Res. 444 DE 2008 para certificación en BPM	2						0	0						0	0					1	1	0							
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.2. Dispensación de tableteria requerida por pacientes hospitalizados, en formato unidosis	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	158	Seguimiento a la aplicación del procedimiento farmacoterapeutico	Actividad sistemica	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Lider de Farmacia	Informe de seguimiento aplicación del procedimiento farmacoterapeutico	N° pacientes con perfil de seguimiento / pacientes con criterio de seguimiento	0,3	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1		
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.2. Dispensación de tableteria requerida por pacientes hospitalizados, en formato unidosis	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	159	Seguimiento al procedimiento de entrega de medicamentos de control especial a secretaria de salud	Informe a entes externos	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Lider de Farmacia	Informe de seguimiento procedimiento de entrega de medicamentos de control especial a secretaria de salud	N° de medicamentos de control registrados a secretaria de salud/ total de medicamentos radicados	1	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1		
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.2. Dispensación de tableteria requerida por pacientes hospitalizados, en formato unidosis	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	160	Realizar reporte de eventos adversos a medicamentos y ESAVI a INVIMA	Informe a entes externos	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Lider de Farmacia	Informe de seguimiento de reporte de eventos adversos a medicamentos y ESAVI a INVIMA	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos / total de egresos en el periodo	1	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1		
E4. Competitivos y sostenibles	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.2. Dispensación de tableteria requerida por pacientes hospitalizados, en formato unidosis	Calidad	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Desarrollo	161	Realizar control de inventario de medicamentos de la institución	Actividad de gestión para el año	2.7. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	2.7. Lider de Farmacia	Informe de seguimiento de control de inventario de medicamentos de la institución	Seguimiento ejecutados/ seguimientos programados	5% en faltantes del inventario						0	0	1						1	0	1						2	0	1					1	
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	162	Adelartar reunion del comité de gestion ambiental y sanitaria GAGAS, mensual	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Acta de comités firmada	Jornadas de comité e gestion ambiental y sanitaria GAGAS adelantados en el año	6			1			1	0	1			1		3	0			1			4	0	1			1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	163	Continuar alimentando y analizando los indicadores de produccion de residuos, gestión interna de residuos y tenerlos disponibles para la autoridad sanitaria	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	3 formatos diligenciados: RH1 mensual; Gestion interna de residuos mensual; informe anual de destinación de residuos	No. De reportes de indicadores ambientales efectivamente realizados	4						0	0	1						1	0	1						2	0	1						1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	164	Actualizar PGIRASA de la sede de Duitama teniendo en cuenta nuevos servicios y areas de expansión	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	PGIRASA actualizado y radicado ante autoridad sanitaria secretaria de salud de Duitama	1 PGIRASA de la sede de Duitama actualizado normalizado	1						0	0						0	0						0	0	1						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	165	Actualizar PGIRASA de la sede de Santa Rosa de acuerdo con el traslado de sede.	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	PGIRASA actualizado y radicado ante autoridad sanitaria secretaria de salud de Boyacá	1 PGIRASA de la sede de Sta Rosa actualizado normalizado	1						0	0				1		1	0						1	0							
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	166	Gestionar correcciones de PGIRASA de la sede de Sativasur hasta lograr concepto favorable	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	PGIRASA actualizado y radicado ante autoridad sanitaria secretaria de salud de Boyacá	1 PGIRASA de la sede de Sativa Sur actualizado normalizado	1					1	1	0						1	0						1	0							
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	167	Programar y ejecutar auditorias de gestión de residuos en áreas complementarias a la prestación de servicios (obra, morgue, central de gases, etc)	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Informe de auditoria residuos adelantada por comité GAGAS	No. informe auditoria a manejo de residuos adelantedas	2						0	0				1		1	0						1	0							1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	168	Programar y ejecutar auditorias de gestion de residuos, Revisar Kits de atención de emergencias ambientales por rupturas de bolsa o derrame de sustancias o material peligrosos e inspección de control de plagas de manera mensual en los servicios habilitados	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Informe de auditoria residuos adelantada por comité GAGAS	No. informe auditoria a manejo de residuos adelantadas	12	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1		
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	169	Llevar los indicadores de consumo de energia agua, gas y de generación de residuos y con base en resultados establecer planes de mejora si hay lugar Presentar informe trimestral	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Matriz de indicadores de gestión ambiental actualizada mes a mes	No. De indicadores de gestión ambiental alimentados/ Total de indicadores de gestión ambiental formulados	90%						0	0	1						1	0	1						2	0	1			1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	170	Realizar el registro anual de generador de residuos de las tres sedes, de acuerdo a la normatividad legal vigente	Actividad sistemica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	1 formato de cierre de registro anual de generadores por cada sede	100% del registro anual de generadores por cada sede diligenciado y cerrado	3					1	1	0						1	0						1	0							
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	171	Realizar visita de auditoria a gestor externo de residuos peligrosos	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	1 documento que contenga la lista de chequeo de verificación, firmada pro el gestor externo y el auditor por parte del hospital	No de visitas realizadas al gestor externo de residuos	1						0	0						0	0						0	0	1						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	172	Programar y ejecutar auditorias de gestión de residuos, Revisar Kits de atención de emergencias ambientales por rupturas de bolsa o derrame de sustancias o material peligrosos de manera mensual en los servicios habilitados (Sede Santa Rosa y Sativasur) y realizar retroalimentación	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Informe de auditoria residuos adelantada por comité GAGAS	No. informe auditoria a manejo de residuos adelantadas							0	0	1						1	0	1						2	0	1			1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	173	Acompañamiento y apoyo al área de Seguridad y Salud en el Trabajo en el diseño del del Programa de Manejo Seguro de sustancias quimicas	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Programa de Manejo Seguro de sustancias quimicas	Programa de Manejo Seguro de sustancias quimicas	1						0	0						0	0			1			1	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	174	Consolidar y solicitar a los proveedores de sustancias quimicas, ficha de seguridad, bajo los parametros establecidos en el sistema globalmente armonizado	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Informe de seguimiento a fichas da seguridad de sustancias quimicas	No de sustancias quimicas con ficha de seguridad/ No total da sustancias qcas *100	100%						0	0						0	0						0	0	1						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	175	Realizar capacitación en gestión segura de sustancias quimicas al personal de mantenimiento, servicios generales y laboratorio clinico.	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Planillas de capacitación	No de trabajaodres capacitados en gestion segura de sustancias qcas / No total de trabajadores del area *100	50%						0	0						0	0						0	0	1						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	176	Realizar lavado de tanques de agua, en las 3 sedes	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Informe de lavado de tanques de almacenamiento de agua en la ESE y sus diferentes sedes.	Lavado de tanques de almacenamiento de agua en la ESE y sus diferentes sedes.	3%						0	0	1						1	0			1			2	0	1						

ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Gestion Ambiental	177	Realizar estudio de vertimientos líquidos y enviarlo al Gobierno Municipal de acuerdo a lo descrito en la norma, realizar analisis interno y definir acciones de mejora	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Documento de estudio de vertimientos líquidos Analisis de estudio de vertimentos Acciones de mejora	1 resultado del estudio por cada area	1						0	0					0	0			1			1	0								
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Gestion Ambiental	178	Implementar campañas de buenas prácticas ambientales, (ahorro de agua, energia, manejo de residuos)	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	Evidencias de la campaña en la pagina web	No de actividades ejecutadas/No de actividades programadas*100	4				1		1	0				1		2	0				1		3	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	Gestión ambiental	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Gestion Ambiental	179	Realizar control de plagas en las 3 sedes trimestralmente		3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.3. Referente Gestión Ambiental	informe de seguimineto a control de plagas	numero de informes ejecutados/ numero de informes programados	4						0	0	1				1	0	1			1		3	0		1				
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	180	diseñar formato con asignacion de resposabilidades en el SGSST e implemnetarlo y dejar evidencia de sus socializacion	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Formato diseñado e implementado		3				1		1	0					1	0			1			2	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	181	Realizar la afiliacion a riesgos laborales de los empleados que ingresen a la planta de personal y los retiros segun solicitud del talento humano asi como tambien la afiliacion del personal contratista persona natural de acuerdo a solicitud del area de contratacion	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	informe de afiliacion de colaboradoes	No de trabajadores afiliados/ No total de trabajadores *100	2						0	0					0	0	1					1	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Incentivos y Bienestar social	182	Convocatoria del Comité de Bienestar de bienestar social.	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Lider de Gestión de Talento Humano	Acto administrativo de comité de bienestar	comité de bienstra conformado	1						0	0					0	0					1	1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Incentivos y Bienestar social	183	Convocatoria del Comité de comision de personal	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Lider de Gestión de Talento Humano	Acto administrativo de comité de comisión de personal	Comité de comision de personal conformado							0	0					0	0						0	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Incentivos y Bienestar social	184	realizar el proceso de convocatoria para conformacion del comité de convivencia laboral	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Lider de Gestión de Talento Humano	Acto administrativo de comité de convivencia laboral	comité de convivencia conformado	1						0	0					0	0					1	1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	185	Realizar reunion trimestral del comité de convivencia laboral y generar informe de la gestion realizada	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Lider de Gestión de Talento Humano	Acta de reunion	comites programados/ comites realizados	4						0	0	1				1	0	1					2	0	1					1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	186	Capacitar al comité de convivencia laboral en temas inerentes a sus funciones y accion laboral	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	lista de asistencia de comité	comites programados/ comites realizados							0	0					0	0						0	0	1		1	1		
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	187	Realizar procesos de convocatoria para la conformacion de COPASST 2023- 2025	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Lider de Gestión de Talento Humano	Convocatoria y acta de elección	COPASST conformado vigencia 2023 a 2025	1						0	0					0	0			1			1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Fortalecimiento organizacional y Simplificación de procesos	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	188	Ejecutar el plan de capacitacion de seguridad y salud en el trabajo	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	listas de asistencias	No de capacitaciones ejecutadas/ No de capacitaciones progamadas en el periodo *100	12				1		1	0	1		1		1	4	0	1		1		1	7	0	1		1	1		1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	189	Solicitar a la subgerencia administrativa la asignación de un presupuesto para la vigencia 2024 para el desarrollo de las acciones del SGSST y que su rubro sea específico para su desarrollo - PLIMI ACTIVIDAD 369	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Documento de presupuesto que incluya el desarrollo de actividades del SGSST	1 documento actualizado	100%						0	0					0	0						0	0	1					
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	190	Programar y ejecutar las actividades de capacitación para el COPASST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Actas de ejecución de las actividad del a ARL	No de capacitaciones para el COPASST ejecutadas /No de capacitaciones para el COPASST	80%						0	0					0	0					1	1	0	1		1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	191	Identificar riesgos laborales apartir de una encuesta aplicada a los colaboradores	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Condensado de resultados encuesta aplicada		100%				1		1	0					1	0						1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	192	Diseñar y ejecutar un programa de prevencion y promocion de la salud que incluya estilos de vida y entornos saludables	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Diseño e implementacion del programa	programa ejecutado					1		1	0					1	0				1		2	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	193	Verificar mensualmente el pago de la cotización especial de alto riesgo de los tecnicos y auxiliares de radiologia	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Planillas de seguridad social	No de trabajadores con cotizacion especial/ No detrabajadores expuestos *100	100%						0	0	1				1	0	1					2	0	1					1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	194	Realizar rendición de cuentas sobre los avances del SGSST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	evidencia de asistencia,	No de rendicion de cuentas ejecutadas/ No derendicion de cuentas planeadas *100	80%						0	0					0	0	1					1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	195	Actualizar matriz legal de SST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	matriz legal actualizada	1.documento actualizado	100%						0	0					0	0	1					1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	196	implentar la guia para la adquisicipón de bienes y servicios en el SG SST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.3. Lider de Contratación	Implementar la guia para la adquisicipón de bienes y servicios en el SG SST	No de contratos con requisitos del igsst/ No total de contratos	100%						0	0					0	0						0	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	197	Actualización del perfil sociodemografico de los colaboradores de la empresa	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	documento actualizado normalizado	documento actualizado y normalizado	80%				1		1	0					1	0						1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	198	Actualizar matriz de peligros y documental los riesgos priorizados	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Actualizar matriz de riesgos y **documentar** la priorización de los riesgo	documento actualizado y normalizado	100%						0	0	1				1	0						1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	199	Implementar programa de vigilancia epidemiologica PVE de condiciones de seguridad (riesgos mecanicos) y presentar los resultados de ejecuasion y cumplimineto	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	informe de ejecucion del programa implementado	programa ejecutado/ programa	100%						0	0					0	0			1			1	0						1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	200	Realizar y ejecutar un plan de actividades de promoción y prevención según los riesgos encontrados en la empresa y las características de la población incluidas acciones de los sistemas de vigilancia epidemiologica, riesgo psicosocial e riesgo biológico	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	evidencias de ejecución del plan de promocion y prevención	1 plan de actividades de promocion y prevención	100%						0	0		1			1	0				1		2	0				1			
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	201	Realizar estudio previo para la contratación de las evaluaciones medicas periodicas ocupacionales a los servidores públicos de la empresa	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	documento de estudio previo presentado a contratacion	1 estudio previo presentado a contratación	100%						0	0					0	0			1			1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	202	Elaboración de un plan de emergencias para la nueva sede de santa rosa de viterbo	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1.1. Referente Emergencias y desastres	plan de emergencias de la sede	No de planes ejecutados/ No de planes a cargo *100	100%						0	0					0	0						0	0		1				
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	203	Conformacion capacitacion y entrenamiento de brigadas	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1.1. Referente Emergencias y desastres	listas de asistencias	No de brigadistas/ No total de trabajadores *100	90%						0	0					0	0	1					1	0						1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	204	reuniones del comité de emergias y desastres y ejercer las funciones de secretrario del comité	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1.1. Referente Emergencias y desastres	actas de comites	comites realizados	100%	1	1	1	1	1	3	2	1		1		1	6	2	1		1		1	9	2	1		1	1		1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	205	Socializar el plan de prevencion, preparacion y respuesta ante emergencias	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1.1. Referente Emergencias y desastres	listas de asistencias	No de socializaciones ejecutados/ No de socializaciones a cargo *100	100%						0	0					0	0	1					1	0						1
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	206	Realizar seguimiento a las restricciones y recomendaciones generadas por médicos ARL y EPS	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	1 Matriz de seguimiento actualizada con soportes	1 Matriz de seguimiento actualizada con soportes	100%						0	0				1	1	0						1	0				1		
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	207	Elaboracion de PEVS de acuerdo a la resolucion 2022304004595 de 2022	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Documento normalizado	documento actualniedo y normalizado	100%						0	0				1	1	0						1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	208	Planear y ejecutar una auditoria al desarrollo del SGSST con el COPASST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	informe de ejecucion de auditoria	No de evaluaciones ejecutadas/ No de evaluaciones planeadas *100	100%						0	0					0	0						0	0	1					
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	209	Mantener actualizados los indicadores de obligatorio cumplimiento previstos en la Resolucion 0312 de 2019 .	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	1 matriz de indicadores actualizada mes vencido	1 matriz de indicadores actualizada mes vencido	100%		1		1		2	0	1		1		1	5	0	1		1		1	8	0	1		1	1		
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	210	Realizar seguimiento de plan de mejora en la ARL y dejar evidencia de esto	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	concepto de ARL	No de eventos Accidentes laborales y enfermedades laborlaes renviados/No total de eventos ALEL presentados en el periodo	80%						0	0					0	0	1					1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	211	revisar mediciones individuales de personal expuesto a rdiación ionizante y generar acciones de mejora a partir de los resultados	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Informe de medición de radiación ionizante actualizado	1 medicion individual por cada persona expuesta	100%						0	0				1	1	0						1	0				1		
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	212	Realizar un plan de inspecciones conjuntas con el COPASST de las instalaciones, maquinas, equipos del COPASST	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	Cronograma firmado	1 documento firmado por COPASS Y SIGASST	100%		1				1	0					1	0						1	0						
ES. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	Seguridad y Salud en el Trabajo	13. Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	213	Realizar auditoria interna a la empresa que suministra personal en la institución	Actividad sistemica	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1.1. Coordinador Seguridad y salud en el trabajo	formato de auditoria diligenciado	No de auditorias realizadas/No de auditorias programadas *100	100%						0	0					0	0			1			1	0						

| | | |

E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	245	Realizar un (2) Informe Semestral de Seguimiento a la atención de PQRS. El informe se presenta a la Dirección de la Entidad y se publica en la página web de la institución. (Articulo 76 de la Ley 1474 de 2011)	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe Semestral de Seguimiento a PQRSD	No. De Informes Semestral a PQRSD	2						0	0						0	0	1					1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	246	Realizar auditoria de Seguimiento a las funciones del comité de conciliacion.	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de auditoria comité de conciliación	No. Informes de auditoria comité de conciliación	1						0	0						0	0	1					1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	247	Realizar auditoria de evaluación Institucional por dependencias	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de evaluación Institucional por dependencias	No. De Informes de evaluación Institucional por dependencias	1				1		1	0						1	0						1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	248	Realizar auditoria de Seguimiento Matriz Ley de Transparencia (Procuraduria ITA)	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de auditoria Indice de Transparencia y Acceso a la información	No. De Informe de auditoria Indice de Transparencia y Acceso a la información	1						0	0						0	0					1	1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	249	Diligenciar el Reporte FURAG II (Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión) - Modulo Control Interno	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de control Interno Furag	No. De Informe de control Interno Furag	1				1		1	0						1	0						1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	250	Realizar auditoria de Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de Trámites a través del Sistema Unico de Tramites (SUIT)	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de seguimiento SUIT	No. De Informe de seguimiento SUIT	2				1		1	0						1	0						1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	251	Realizar auditoria de seguimiento a la gestión de Riesgos	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de Riesgos	No. De Informe de Riesgos	1						0	0						0	0	1					1	0											1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Control Interno	Plan Anual de auditorias	252	Realizar auditoria de Derechos de Autor Software	Informe a entes externos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe de derechos de autor	No. De Informe de derechos de autor	1				1		1	0						1	0						1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan Anual de Vacantes	253	Gestionar jornada de evaluación y ajuste si es necesario del Plan de Cargos y conformación de planta de personal para 2022 a la Junta Directiva de la E.S.E Hospital Regional de Duitama	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Acta de junta directiva o acuerdo con desición definida frente a evaluación de la conformación de la planta de personal	No. De actas y/o acuerdos relacionados con la conformación de la planta resultado de evaluación	1						0	0						0	0	1					1	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan Anual de Vacantes	254	Retroalimentar a la Comisión Nacional del Servicio Civil el estado de vacancia de cargos y/o previsión de recursos humanos	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Cargue de información relacionada con los cargos de carrera administrativa que conforman la planta de personal en aplicativos definidos por comisión nacional del servicio civil	No. De Cargues oportunos a la CNSC	1						0	0	1					1	0				1		2	0											
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	255	Organizar el campeonato interno Voleybol y jornada de rumba aeróbica	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De capeonatos internos organizados	1						0	0	1					1	0						1	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	256	Organizar evento anual de: Concurso de Talentos	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De Concurso de Talentos organizados	1						0	0						0	0						0	0										1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	257	Organizar evento anual de: Cena de Navidad y Año Nuevo y entrega de Ancheta navideña	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De Cena de Navidad y Año Nuevo	1						0	0						0	0						0	0										1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	258	Organizar la Conmemoración de fechas especiales, Día de la Mujer, Día del Hombre, Día de la Secretaria, Día del Servidor Público, Día de la Enfermera y la Bacteriólogo/a, Día del Médico, entre otras.	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. Fechas conmemoradas / Total de fechas programadas para conmemorar	0,9						0	0						0	0	1					1	0										1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Programa de Humanización	259	Adelantar intervenciones fisicas para espacios humanizados en los servicios de Pediatria y Salas de partos y Cirugias	Actividad de gestión para el año	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	3.5.1. Coordinador de Infraestructura	Informe de intervenciones fisicas adelantadas y registro fotografico								0	0			1			1	0						1	0					1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	260	Informe de medición de clima laboral, consolidar y analizar resultados y presentar en comité de gestión y desempeño	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De mediciones de Clima Laboral aplicadas	1				1		1	0						1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	261	Organizar salida ludico recreativa con el proposito de Fortalecimiento del trabajo en equipo	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. Jornadas de salida ludico recreativa con el proposito de Fortalecimiento del trabajo en equipo	1						0	0						0	0						0	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	262	Adelantar evento de preparación de los pre pensionados para el retiro del servicio	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De evento de preparación de los pre pensionados para el retiro del servicio	1						0	0						0	0						0	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	263	Gestionar y hacer entrega del Bono por Bienestar Social	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. Bono por Bienestar Social/ Total de servidores	1						0	0						0	0						0	0										1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	264	Realizar jornada de Reconocimiento a Pensionados del periodo 2022	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. jornada de Reconocimiento a Pensionados del periodo 2022	1						0	0						0	0						0	0					1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	265	Actividad de Bienestar espiritual	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. Actividades de Bienestar espiritual	1						0	0						0	0				1		1	0									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	266	Organizar jornada de Capacitación en detección de acoso laboral, sexual, ciberacoso	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Evidencias fotograficas del evento	No. De jornadas de Capacitación en detección de acoso laboral, sexual, ciberacoso	1						0	0	1					1	0						1	0									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	267	Coordinar acciones interinstitucionales y fomento a las buenas prácticas mediante Alianzas Interinstitucionales	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe de seguimiento alianzas estrategicas con resultados.	No. De informes de seguimiento a Alianzas Interinstitucionales	1						0	0						0	0						0	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	268	Acompañar, promover y hacer seguimiento a la ejecución de las actividades planeadas y desarrolladas en el Plan de Bienestar e incentivos	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe de seguimiento Plan de Bienestar e incentivos	No. Informe de seguimiento Plan de Bienestar e incentivos	4						0	0	1					1	0	1					2	0	1									1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	269	Acompañar, promover y hacer seguimiento a la ejecución de las capacitaciones internas y/o externas programadas en el PIC	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe de seguimiento Plan Institucional de capacitaciones	No. Informe de seguimiento Plan Institucional de capacitaciones	4						0	0	1					1	0	1					2	0	1									1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	270	Ejecutar jornadas de inducción y reinducción según el programa de inducción y re inducción de los colaboradores del Hospital Regional de Duitama	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe de seguimiento Plan Institucional de inducción y reinducción	No. Informe de seguimiento Plan Institucional de inducción y reinducción	4						0	0	1					1	0	1					2	0	1									1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	271	Realizar actividades o ejercicios participativos para la divulgación y adherencia de los valores y principios adoptados en código de integridad	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe gestión adelantada para implementación del codigo de integridad	No. Informe gestión adelantada para implementación del codigo de integridad	6						0	0	1					1	0	1					2	0	1									1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	272	Verificar la información de hojas de vida de colaboradores con sus soportes de acuerdo con requisitos minimos	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Informe gestión de hojas de vida	No. Informe gestión de hojas de vida	1						0	0	1					1	0	1					2	0	1									1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de Incentivos y Bienestar social	273	Realizar evaluación de desempeño en la plataforma SIGEP del 100% de los empleados públicos en carrera administrativa de la entidad	Actividad de gestión para el año	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	3.1. Líder de Gestión de Talento Humano	Cargue efectivo información del SIGEP	No. Evaluaciones de desempeño adelantadas en aplicativo SIGEP	1			1			1	0						1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH	Plan de comunicaciones	274	Reconocer y desarrollar actividades comunicativas para la celebración de fechas importantes y eventos institucionales.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Evidencias fotograficas del evento	No. Fechas conmemoradas / Total de fechas programadas para conmemorar	90%						0	0	1					1	0	1					2	0	1				1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	275	Preparar los canales y metodologias que se emplearan para desarrollar la estrategia de rendición pública de cuentas	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Informe y/o documento que menciona mediante que canales y metodologias se desarrollara la rendición de cuentas.	Informe y/o documento que mencione mediante que canales y metodologias se desarrollara la rendición de cuentas.	1						0	0			1			1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	276	Consolidar la información y Estructurar presentación definitiva para RDC y Publicarla oportunamente, en la página web de la entidad.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	1.7. Lider de Planeación	Presentación definitiva y Publicada en la pagina web	Presentación definitiva y Publicada en la pagina web	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	277	Desarrollar etapa de convocatoria y divulgación de la Estrategia de rendición de cuentas a través de campaña comunicativa que incentive participación de ciudadania.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Implementar campañas comunicativasde la estrategia de rendicion de cuentas	Implementar campañas comunicativasde la estrategia de rendicion de cuentas	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	278	Organizar evento y logistica para rendición de cuentas parciales dirigida a grupos de interés	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Actividades de rendición de cuentas parciales, dirigidas a grupos de interés	Actividades de rendición de cuentas parciales, dirigidas a grupos de interés	1						0	0						0	0						0	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	279	Consolidar información y organizar jornada de rendición de cuentas parciales dirigida a grupos de interés	Actividad sistemica	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	1.2. Lider de Planeación	Formatos de asistencia a eventos de RDC parciales. Registro fotografico	Formato asistencia	3						0	0	1					1	0						1	0	1									
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	280	Aplicar formatos para población con discapacidad en cada una de las trasmisiones de rendición de cuentas.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Material audiovisual con diferentes formatos accesibles con lenguaje comprensible al ciudadano	Material audiovisual con diferentes formatos accesibles con lenguaje comprensible al ciudadano	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	281	Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	Actividad sistemica	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	1.2. Lider de Planeación	Resultados de la encuesta de percepción de la rendición de cuentas tabulados y socializados	% Encuestas realizadas	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	282	Estructurar informe y acta de la audiencia de RDC y publicarla en la página web y enviarla a la Supersalud Linkssuperalud.gov.co rendición de cuentas.	Actividad sistemica	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	1.2. Lider de Planeación	Acta de rendición de cuentas Informe de audiencia pública	Actas y listado de asistencia	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	283	Realizar transmisión en vivo (Facebook live) de la audiencia de RDC	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Transmisión en vivo realizada	Transmisión en vivo realizada	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	284	Publicar video de audiencia de rendición de cuentas en página web	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Video publicado	Video publicado	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	285	Convocar a entes de control para participar en actividades de Rendición de Cuentas del HRD	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTIÓN DE COMUNICACIÓNES	3.6. Líder de Gestión de Comunicaciones	Convocatoria realizada	Convocatoria realizada	1						0	0	1					1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Administración del Riesgo	Control Interno	N/A	286	Adelantar seguimiento al gieto publico	Actividad sistemica	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	definir o actualizar el soporte documental para realizar el ejercicio de auditoria interna de gestion en la ESE		1						0	0			1			1	0						1	0										
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	287	Presentar ante las instancias competentes el informe de evaluación del desarrollo de la estrategia de rendición de cuentas 2022	Actividad sistemica	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	4.1. Asesor de Control Interno	Informe presentado	Informe presentado	1				1		1	0						1	0						1	0										

E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Racionalización de Trámites	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	288	Actualizar estadísticas relacionadas con los trámites que se publica en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	3.6. Lider de Gestión de Comunicaciones	Pantallazos de datos actualizados en el sistema SUIT de tramites	4						0	0	1					1	0	1						2	0	1					1
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Integridad	Racionalización de Trámites	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	289	Racionalizar por lo menos un trámite de los que se encuentran inscritos en el SUIT de acuerdo con los lineamientos.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	3.6. Lider de Gestión de Comunicaciones	Trámites racionalizados	Trámites racionalizados	1						0	0						0	0						0	0				1		
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	290	Depuración de Historias clínicas de acuerdo con la normatividad vigente (Acuerdo 004 de 2019 del AGN y Rtn 839 de 2017 de Ministerio de Protección Social) Sede Duitama	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Inventario documental a eliminar, Actas de comité de Historias clínicas, y comité institucional de gestión y desempeño, publicaciones en página web, Sede Duitama	Número de historias clínicas depuradas/Número de Historias clínicas por depurar	7000				1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	291	Depuración de Historias clínicas de acuerdo con la normatividad vigente (Acuerdo 004 de 2019 del AGN y Rtn 839 de 2017 de Ministerio de Protección Social) Sedes Sta Rosa y Sativa Sur.	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Inventario documental a eliminar, Actas de comité de Historias clínicas, y comité institucional de gestión y desempeño, publicaciones en página web, Sedes Sta Rosa y Sativa Sur.	Número de historias clínicas depuradas/Número de Historias clínicas por depurar	2500				1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	292	Actualizar el PINAR (Plan institucional de archivos) teniendo en cuenta los avances del proceso	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	PINAR (Plan institucional de archivos)	No. Planes institucional de archivos actualizados	1	1					1	0						1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	293	Diseñar, Formular y convalidar tablas de valoracion documental para la HRD	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Tablas de retencion documental aprobadas y convalidadas	No. Programas de Gestión Documental actualizados	1						0	0						0	0						0	0		1			
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	294	Destruir la documentación aprobada para eliminar y entregar para reciclaje.	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Acta de entrega a reciclaje de documentación destruida Informe de documentación eliminada	No. De actas de entrega a reciclaje de documentación destruida	1						0	0						0	0						0	0				1		
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	295	Socialización y acompañamiento en la aplicación de tablas de retención documental aprobadas	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Planilla de asistencia a capacitación	No. Procesos con capacitación en TRD/ Total de procesos	1				1		1	0				1		2	0				1		3	0	1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	296	Actualizar, normalizar y publicar los activos de la información, el indice de informacion clasifica y reservada y el esquema de publicación de la información.	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Resolución de la aprobación de los activos de la información, el indice de informacion clasifica y reservada y el esquema de publicación de la información.	No. de resoluciones realizadas.	1						0	0		1				1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	297	Revisar y Actualizar el indice de información clasificada y reservada	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Esquema de indice de informacion clasificada actualizada	No. Esquemas de indice de informacion clasificada actualizada	1						0	0						0	0			1			1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	298	Socializar el Programa de Gestión Documental con el personal	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Planilla de asistencia a capacitación	No. Programas de Gestión Documental actualizados	2						0	0				1		1	0						1	0				1	
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	299	Socializar el Sistema Integrado de Conservacion Documental con el personal	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Planilla de asistencia a capacitación	No. De Sistema Integrado de Conservacion Documental normalizados	2						0	0				1		1	0						1	0				1	
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	300	Actualizar y Socializar la politica de gestión documental	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Actualiaacion Politica de gestión documental actualizada y socializada	No. De Política de gestión documental actualizada y socializadas	1						0	0	1					1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	301	Establecer el cronocrama del proceso de tranferencias documentales vigencia 2023 y hacer respectivos seguimiento y cumplimineto a esto	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Informe de seguimiento a transferencias documentales	No. De transferencias documentales efectivas/Total de procesos.	1						0	0						0	0						0	0	1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Institucional de Archivos PINAR	302	Seguimiento al cumplimiento PINAR (Plan institucional de archivos)	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Informe de cumplimiento del Plan Institucional de Archivos	Seguimiento ejecutados/ seguimientos programados	1						0	0						0	0						0	0	1				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Administración del Riesgo	Planeación Institucional	N/A	303	Seguimiento a la respuesta oportuna de comnicaciones recibidas y comunicaciones enviadas	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Actualizacion de plataforma para tramite de comunicaciones recibidas y comunicaciones enviadas	actualizacion de plataforma	1						0	0						0	0						0	0		1			
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Administración del Riesgo	Planeación Institucional	N/A	304	seguimiento de la aplicacion de las tablas de retencio documental a los diferentes procesos	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Auditorias internas al proceso de archivos de gestion	auditorias programadas/ auditorias ejecutadas	1						0	0						0	0						0	0		1			
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Administración del Riesgo	Planeación Institucional	N/A	305	definicion y aplicación de estructura interna de organización de usuarios y permisos de aplicativos institucionales	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	definicion de estructura interna de organización de usuarios y permisos de aplicativos institucionales		1						0	0						0	0				1		1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Administración del Riesgo	Planeación Institucional	N/A	306	Diseño del SGDEA de acuerdo a lineamientos tecnicos AGN	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Diseño del sistema de gestion de documentos electronicos de archivo		1						0	0						0	0						0	0		1			
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Calidad	Política de Gestión Documental	Plan Institucional de Archivos PINAR	307	Realizar Auditoria a las diferentes dependencias del HRD, para establecer la adherencia a la politica de gestión documental e informacion	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Coordinador de Gestión Documental	Informe de auditoria	No. De procesos auditados en gestión documental / Total de procesos	>=80						0	0						0	0			1			1	0					
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	308	Elaborar material audiovisual, piezas publicitarias e impresas con contenido educativo para todos los servicios ofrecidos en la ESE HRD y sus sedes.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	3.6. Lider de Gestión de Comunicaciones	Piezas publicitarias divulgadas	No. Piezas publicitarias divulgadas	2						0	0						0	0	1					1	0				1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	309	Adelantar Campaña para promocionar canales de información y atención a los grupos de valor, asi como tramites institucionales derechos y deberes de los cliente externo y otros procedimientos administrativos.	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	3.6. Lider de Gestión de Comunicaciones	Publicaciones realizadas	No. Publicaciones realizadas	11			1		1	2	0	1		1		1	5	0	1		1		1	8	0	1		1		1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Participación Ciudadana en la Gestión	Plan de comunicaciones	310	Fomentar la interacción y ampliar los vínculos de comunicación con los usuarios y seguidores de las redes sociales existentes del Hospital Regional de Duitama	Actividad de gestión para el año	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	3.6. Lider de Gestión de Comunicaciones	Informe de administracion de redes sociales	No. Informe de administracion de redes sociales	2						0	0						0	0	1					1	0				1	
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	311	seguimiento de adherencia a los lineamientos institucionales para saludo y bienvenida	Actividad sistemica	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	2.1. Lider de SIAUC	Informe de programa de Humanizacion	Documento normalizado y socializado	1						0	0	1					1	0	1					2	0	1				1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	312	Análisis mensual de los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario	Actividad sistemica	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	2.1. Lider de SIAUC	10 Informes mensuales, uno semestral y uno anual de Satisfacción del usuario teniendo en cuenta los diferentes canales y tiempos de respuesta.	Informes ejecutados /Informes programados *100%	12	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Servicio al Ciudadano	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	313	Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley 1712 de 2014	Actividad sistemica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Matriz diligenciada e informes de seguimiento elaborados	Informes ejecutados /Informes programados *100%	2						0	0				1		1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	N/A	Gobierno Digital-TIC para la Gestión	Plan Estratégico de Tecnologias de la Información PETI	314	Actualizar el Plan Estratégico de Tecnologias de la Información PETI.	Actividad sistémica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Plan Estratégico de Tecnologias de la Información PETI Actualizado.	No. de Planes Estratégicos de Tecnologias de la Información actualizados.	1	1					1	0						1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Seguridad y Privacidad de la información	Seguridad Digital	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	315	Actualizar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	Actividad sistémica	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Actualizado	No. de Planes de Seguridad y Privacidad de la Información Actualizado.	1	1					1	0						1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Seguridad y Privacidad de la información	Seguridad Digital	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	316	Documentar y normalizar el modelo de seguridad y privacidad de la Información en la fase 1, definiendo indicadores para medir la eficiencia y eficacia.	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Modelo de seguridad y Privacidad de la Información normalizado y socializado el comité de gestión y desempeño institucional.	No. de modelos de seguridad y privacidad normalizados y socializados.	1				1		1	0						1	0						1	0					
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG	P.6.1.1 Avance en la calificación del índice de desempeño institucional (Línea de base 62,8)	Seguridad y Privacidad de la información	Seguridad Digital	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	317	Diseñar, documentar e implementar el programa anual de capacitaciones y sensibilización sobre seguridad de la información dirigido a los colaboradores, empleados, terceros y partes interesadas	Actividad de gestión para el año	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	3.4.1. Lider de Tecnologias de la Información	Plan anual de capacitaciones y sensibilización sobre seguridad de la información. Normalizado y socializado.	No. de Planes de capacitación y sensibilización sobre seguridad y de la información normalizado y socializado.	1						0	0	1					1	0						1	0					