PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL								ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT.		NOV.		DIC.	
EJE	PROGRAMA	PRODUCTO	No.	ACTIVIDAD	PROCESOS	INDICADOR	META	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
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)	1	Formular Plan anual de auditorira del SUH, por cada uno de los servicios habilitados ante el REPS de acuerdo Resolución 3100 de 2019	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Plan anual de auditorira del SUH 2022 aprobado	1			1										1									1	
			2	Ejecución del Plan anual de auditoria del SUH, para el cumplimiento de requisitos de habilitación y definir hallazgos y acciones correctivas	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De servicios habilitados auditados en SUH / Total de servicios habilitados	100%					1								1									1	
			3	Gestionar y/o ejecutar las acciones correctivas por servicio hablitado y auditado en SUH	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%					1								1									1	
			4	Seguimiento al cumplimiento de implementación de las acciones correctivas por servicio habilitado	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha / Total de acciones correctivas en SUH propuestas a la fecha	80%							1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			5	Liderar proceso de documentación, alistamiento y presentación de habilitación de UCI	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	No. De UCI habilitadas	1									1															
		P.1.1.2. Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC)	6	Realizar reporte, analisis y retroalimentación oportuna de informe relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) Resolución 256 (Trimestral) Decreto 2193 (Trimestral)	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Reportes efectivos de informe Res. 246 y Decreto 2193	6							2						2						2					
			7	Realizar el seguimiento, analisis, mejoramiento y reporte de la oportunidad en asignación de citas de acuerdo con la Resolución 1552 (Mensual)	2.3. GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Reportes efectivo de informe Res. 1552	100%			1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			8	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatria	2.3. GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**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							1						1						1					
			9	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	2.3. GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**IND 19- Res 408** =Sumatoria de la diferencia de dias calendario entre la fecha en la que se asigno la cita de gineco obstericia 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 obstericia de primera vez asignadas en la vigencia objeto de evaluación.	8							1						1						1					
			10	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador **Res. 408:** Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	2.3. GESTION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**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							1						1						1					
			11	Realizar informe de resultados de indicadores del SIC al equipo directivo, para la efectiva toma de decisiones	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De reportes del SIC retroalimentados con equipo directivo	4							1						1						1					
		P.1.1.3. Autoevaluación de los estandares de acreditación aplicable a instituciones no acreditadas.	12	Adelantar el proceso de Autoevaluación de los estándares de acreditación aplicable a instituciones no acreditadas, acorde al Manual de Acreditación 3.1	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	**IND 1 - Res 408** = Promedio de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	1.76			1																				1	
		P.1.1.4. Formular y adoptar el programa de calidad	13	Identificar las oportunidades de mejora que permitan dar cumplimiento a la calidad esperada de forma gradual,	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. de PAMEC con concepto favorable	1			1										1						1					
			14	Actualizar y socializar el modelo de Atención instucional	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. Modelos de atención actualizados y normalizados	1							1						1						1					
			15	Formular los indicadores del modelo de atención institucional con sus respectivas fichas tecnicas, fuentes de información, metas, etc.	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De indicadores con ficha parametrizados	2									2				1						1					
			16	Alimentar y analizar indicadores del modelo de atención, con reporte trimestral a lideres de proceso para respectiva gestión con áreas de interdependencia y calidad	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Actividad ejecutada / actividad programada * 100	1													1						1					
			17	Retroalimentar a lideres de proceso sobre el desempeño en el modelo de atención (periodicidad trimestral)	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	(Lideres retroalimentados/lideres sujetos de retroalimentación) * 100	1													1						1					
		P.1.1.5. Programa de calidad ejecutado	18	Implementar y hacer seguimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la vigencia	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	**IND 2 - Res 408=** % de Cumplimiento del PAMEC	>90%							1						1						1					
			19	Liderar y ejecutar las acciones para parametrización y puesta en marcha de software de gestión de calidad con sus respectivos módulos	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De modulos en funcionamiento del y software de gestión de calidad adquirido / Total de modulos adquiridos	>90%							1						1						1					
			20	Crear, organizar funciones, cronograma y despliegue de equipos primarios de mejoramiento en los diferentes procesos.	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Jornadas de trabajo equipos primarios adelantadas en el año	4							1						1						1					
	P.1.2 Implementacón politica de humanización	P.1.2.2. Implementar la política y el programa de humanización	21	Revisar y actualizar la Politica institucional de Humanización, buen trato y prestación del servicio incorporando los elementos de la politica de servicio al ciudadano MIPG	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	(Actividades del programa de humanización ejecutadas/actividades del programa de humanización programadas)*100	0,9					1								1									1	
			22	Actualizar y hacer seguimiento al alcance e impacto del programa de humanización		(Actividades del programa de humanización ejecutadas/actividades del programa de humanización programadas)*100	90%													1									1	
			23	Documentar e implementar la estrategia de bienvenida al usuario al servicio, actividad de Programa de Humanización		No. De estrategias de bienvenida con seguimiento a implementación	1											1												
	P.1.3 Salud de la familia gestante	P.1.3.1. Mantener la certificación como institución IAMII	24	Autoevaluación trimestral de la estrategia IAMII	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	Evaluaciones programadas / Evaluaciones realizadas	1							1						1						1					
			25	Implementar y hacer seguimiento de la ejecución del programa de inducción de la estrategia IAMI a todos los colaboradores del hospital, mediante de curso de formación en la plataforma AVA	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	No. Colaboradores certificados IAMI/ Total de colaboradores del hospital	1																					1			
			26	Realizar Seguimiento a la aplicación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente en el HRD	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. Seguimientos a Paquetes institucionales de seguridad del paciente adoptados en la ESE HRD	4							1						1						1				1	
			27	Actualizar el manual del programa de seguridad del paciente de acuerdo con la nueva estructura de procesos de la ESE	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Manual de seguridad del paciente actualizado	1							1																	
			28	Medicion de la cultura de seguridad entre los colaboradores de la institucion	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	% de colaboradores evaluados	1					1																				
			29	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)	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Informes programados /Informes reportados	3							1						1						1					
			30	Favorecer la cultura institucional en el talento humano, a través del programa de inducción y re entrenamiento en seguridad del paciente	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Informes programados / Informes reportados	3							1								1						1			
			31	Evaluar adherencia al programa de seguridad del paciente institucional de acuerdo con la lista de chequeo del Ministerio de Salud	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De autoevaluación de programa de seguridad del paciente	1																					1			
			32	Retroalimentar los análisis y seguimientos de los fallos en la atención mediante informes por unidad de análisis de casos	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De informes de seguimiento al analisis de casos de seguridad del paciente	3							1								1						1			
			33	Socializacion y seguimiento de fallas reportadas al programa a travez de comité de seguridad del paciente	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Informes programados / Informes reportados	12	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			34	Implementacion de estrategias de busqueda activa de posibles fallas de atención en difenrentes sitios de riesgo	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De informes de seguimiento estrategias implementadas de busqueda activa de posibles fallas de atención	3							1								1						1			
			35	Formular actividades educativas para involucrar al paciente y su familia en su seguridad y autocuidado	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Informes programados / Informes reportados	3							1						1								1			
			36	Implementar del Modelo pedagógico - paquetes instruccionales min salud	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Informes programados / Informes reportados	3							1						1								1			

	P.1.4 Atención segura	P.1.4.2. Implementar la política y el programa de seguridad del paciente (PSP)	37	Implementar la BPS Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	% de cumplimiento Herramienta de BPS evaluación pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria radicada por seguridad del paciente	25%																		1					
			38	Proyectar la estrategia de egreso seguro	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	1						1																	
			39	Formular los indicadores del egreso seguro con sus respectivas fichas tecnicas, fuentes de información, metas, etc. y alimentar resultados	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	60%						1																	
			40	Capacitar al personal de médicos hospitalarios sobre la estrategia de egreso seguro	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	capacitaciones ejecutadas	1								1															
			41	Proyectar la estrategia de ingreso a piso con gestión del riesgo clínico	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	1												1											
			42	Formular los indicadores del ingreso a piso con gestión del riesgo clínico con sus respectivas fichas tecnicas, fuentes de información, metas, etc.	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	60%												1											
			43	Alimentar y analizar indicadores del ingreso a piso con gestión del riesgo clínico.	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	60%																	1						
			44	Capacitar al personal de médicos hospitalarios sobre el ingreso a piso con gestión del riesgo clínico	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	actividades ejecutadas/actividades programadas x 100	1													1										
			45	Implementar la BPS Reducir riesgo de la atención del paciente crítico.	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	% de cumplimiento Herramienta de BPS Reducir riesgo de la atención del paciente crítico radicada por seguridad del paciente	25%												1							1				
			46	Implementar la BPS Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	% de cumplimiento Herramienta de BPS Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos radicada por seguridad del paciente	25%												1							1				
			47	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.	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	% de cumplimiento Herramienta de BPS buena practica de seguridad Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea radicada por seguridad del paciente	25%												1							1				
			48	Implementación y medición de adherencia de la buena practica de seguridad Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	% de cumplimiento Herramienta de BPS Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio radicada por seguridad del paciente	25%												1							1				
			49	Capacitacion y reinduccion en gestion pretransfusional	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	No. Colaboradores socializados/ total de colaboradores*100	90% del personal de laboratorio																			1				
			50	Ajustar el manual de laboratorio para realizar toma de muestras pertinente siempre y cuando las condiciones del paciente lo permita - PUMI	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	Manual de laboratorio para realizar toma de muestras actualizado	1						1																	
			51	Implementar y gestionar la buena práctica de seguridad: Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	2.4. GESTION QUIRURGICA Y PARTOS	% de cumplimiento Herramienta de BPS Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos radicada por seguridad del paciente	50%															1								
			52	Gestionar la Adherencia profilaxis Antibiótica en salas de cirugía, documentar dicha gestión y retroalimentar actores que intervienen en la misma.	2.5. GESTION DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	% cumplimiento del indicador de adherencia a profilaxis antibiotica	75%															1								
			53	Proyectar el modelo de gestión hospitalaria - torre de control para el servicio de urgencias y sus áreas de interdependencia	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	Modelo de Gestion hospitalaria aprobado	1				1																			
			54	Formular los indicadores del modelo de gestión hospitalaria - torre de control con sus respectivas fichas tecnicas, fuentes de información, metas, etc.	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	indicadores formulados	60%						1																	
			55	Alimentar indicadores del modelo de gestión hospitalaria - torre de control.	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	indicadores alimentados	60%										1						1							
			56	Capacitar al personal de la torre de control y a los diferentes actores que interactuan con el modelo de gestión hospitalaria - torre de control	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	Cumpliminento del cronograma de capacitaciones del modelo de gestión hospitalaria	60%																						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	57	Revisar, actualizar el Protocolo de Bioseguridad según cambios internos asociados a las obra de contrucción y planes de contingencia	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Protocolo(s) de bioseguridad actualizado	1																							
			58	Verificar adherencia a Protocolos de Bioseguridad	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Porcentaje de adherencia al protoclo de seguridad laboral	0,7																							
			59	Relaizar investigación, seguimiento, cerco epidemiologico de los casos COVID 19 que se presenten en los colaboradores de la ESE Hospital Regional Duitama	2.11. GESTIÓN EN SALUD PUBLICA	Porcentaje de adherencia al protoclo de seguridad laboral	0,7																							
			60	Seguimiento a la implementación del plan de vacunación para COVID 19 según lineamientos normativos	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Porcentaje de adherencia al protoclo de seguridad laboral	0,7																							
		P.2.1.3. Estrategia de comunicación dirigida a usuarios del área de influencia informando sobre los servicios oferados, las medidas de seguridad adoptadas y la manera de acceder a ellos	61	Pre producir, producir y post producir Capsulas informativas con contenidos de interés en diferentes canales de comunicación.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Capsulas informativas cargadas en pagina web intitucional	10				1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			62	Preparar y emitir estratégicamente boletines de prensa en medios regionales, según la necesidad sin limite alguno, previa aprobación de gerencia	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Boletines de prensa publicados	4						1						1					1				1	
			63	Promocionar los servicios ofertados por el hospital, particularmente cirugías de alta complejidad y casos exitosos, acciones de innovación científica, noticias y trabajos que se realicen en los diferentes servicios.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Publicaciones en diferentes canales informativos	2												1									1	
			64	Diseñar y proyectar la señalización de las diferentes áreas del hospital tanto administrativas como asistenciales para dar cumplimiento a las exigencias del sistema obligatorio de garantía en la calidad en salud.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Informe de señalizacion de servicios adelantada	LO REQUERIDO																						1	
			65	Definición y normalización de caracterización de procesos de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	(Caracterizaciones de procesos normalizadas /procesos institucionales)*100	1						1																	
			66	Definición y normalización de caracterización de procesos de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	(Caracterizaciones de procesos normalizadas /procesos institucionales)*100	1						1																	
			67	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															
			68	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															
			69	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.1. INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y/O CIUDADANIA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															
			70	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.2. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															
			71	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.3. GESTION DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															
			72	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.4. GESTION DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1															

E3. Nos evaluamos y mejoramos	P.3.1 Reingeniería de procesos	P.3.1.1. Procesos priorizados rediseñados	73	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.5. GESTION DE LA ATENCIÓN QUIRURGICA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			74	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.6. GESTION DE LA ATENCIÓN INMEDIATA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			75	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			76	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.8.GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			77	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.9. GESTION DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			78	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.10. GESTION DE LA RELACIÓN DEDOCENCIA SERVICIO	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			79	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	2.11. GESTIÓN EN SALUD PUBLICA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			80	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			81	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			82	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.3,. GESTIÓN JURIDICA Y CONTRACTUAL	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			83	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			84	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			85	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			86	Actualización de documentos y/o procesos prioritarios asociados al proceso a cargo, de acuerdo con la nueva estructura de proceso y metodologia institucional	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Documentos del proceso actualizados, normalizados y cargados en plataforma institucional/ Total de necesidades documentales identificadas para el proceso a cargo	0,6								1																
			87	Gestión e implementación de la seguridad End-Point para los equipos de cómputo propiedad de la E.S.E.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de equipos registrados en la plataforma de seguridad End-Point/ No. de equipos propiedad de la entidad.	100%										1														
			88	Estandarizar mecanismos para el reporte y entrega de resultados de imágenes diagnosticas y terapia respiratoria que garanticen confiabilidad y confidencialidad en el manejo de la información.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de mecanismos estandarizados que reporten y entreguen los resultados al paciente y al profesional.	2													1											
			89	Actualizar el CLAP materno acorde a la normatividad vigente.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Certificacion de actualizacion del CLAP materno con base a la resolución 3280 del 2018.	1										1														
			90	Mejorar la funcionalidad en la impresión del récord de anestesia para disminuir el uso de papel.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de informes realizados con la gestion realizada.	1				1																				
			91	Solicitar una interfaz entre Dinámica Gerencial Hospitalaria y los monitores de signos vitales de la institución.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de informes realizados con el resultado de las actividades realizadas para gestión de la interfaz.	1								1																
			92	Agregar el Script de corrección cronológica de los antecedentes a los 97 folios de historia clínica del sistema DGH.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. folios de registros clínicos articulados con el Script / 97 folios de registros clínicos del Sistema SGH.	100%			1																				
			93	Implementar el módulo del proceso de dispensación y devolución de medicamentos en el sistema DGH de la E.S.E. solicitado en la vigencia 2021.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de actas de entrega e implementación del modulo de dispensación y devolución de medicamentos.	1																						1	
			94	Finalizar el tablero de control operativo correspondiente al censo de internación acorde a los requerimientos solicitados.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de tableros de control aprobados para el uso en el servicio de internación.	1					1																		
	P.3.2 Mejora continua	P.3.2.1. Elaborar matriz de riesgos, priorizando aquellos que por su impacto deben ser intervenidos	95	Adelantar actualización de Matrices de Riesgos por procesos en de acuerdo con metodología definida por el DAFP vigente	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Números de seguimientos ejecutados/numero de seguimientos programados	4				1																			
			96	Elaborar las matrices de riesgos para los procesos asistenciales con sus respectiva priorización para gestión en 2022 y mecanismos de gestión en cada uno de los procesos	1.3. GESTIÓN DE CALIDAD	No. De Matrices actualizadas /Total de procesos	100%				1																				
			97	Incluir contenido de Politica de Administración del Riesgo en jornada de reinducción Institucional	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Actas de Socializacion y listados de Asistencia	100%				1																				
			98	Actualizar Mapa de riesgo de corrupción en el formato vigente según metodologia DAFP a traves de mesas de trabajo con las diferentes áreas.	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Mapa de riesgos actualizado	100%					1																			
			99	Socializar del mapa de riesgos de corrupción con directivos y lideres de área y realizar ajustes de ser necesario.	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Actas de Socializacion y listados de Asistencia	100%					1																			
			100	Documentar y normalizar el Plan de Tratamiento de los Riesgos de Seguridad de la Información	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de Planes de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información normalizado y socializado.	1													1											
		P.3.2.2. Ejecución de acciones formuladas para mitigar o controlar riesgos identificados	101	Monitorear el cumplimiento de las acciones propuestas para la administración de riesgos de corrupción y retroalimentar a los líderes de proceso	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informe de seguimiento	200%										1									1				
			102	Seguimiento a la gestión delriesgo de corrupción para evitar su materialización	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Informe de seguimiento	200%										1									1				
			103	Seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades a desarrollar de la Matriz de Riesgo	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Números de seguimientos ejecutados/numero de seguimientos programados	4				1						1						1							1	
		P.3.3.1. Informe sobre estado actual de acciones de mejora registradas en el PUMI	104	Realizar y divulgar el Informe de avance Bimensual de las acciones de mejora cerradas y pendientes en el PUMI	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Total de acciones cerradas/total de acciones abiertas	90%	1		1		1		1			1		1		1		1		1		1		1	
		P.3.3.2. Planes de mejora formulados y ejecutados a partir de hallazgos de auditorías internas, externas, autoevaluación de habilitación y acreditación, entre otras	105	Consolidar planes de mejora generados por cada una de las auditorias internas o externas que se apliquen a los proceso institucionales	1.2. PLANEACIÓN ESTRATEGICA	Actividades de mejora ejecutadas/actividades de mejora programadas	6	1		1		1		1			1		1		1		1		1		1		1	

E4. Competitivos y sostenibles	P.4.1 Implementación sistema de costos	P.4.1.1. Programa para la implementación de sistema de costos	106	Implementación del Sistema de Gestión de Costos en el Sistema de Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de actas de entrega del modulo de costos.	1																1							
		P.4.1.2. Sistema de costos implementados conforme a programa elaborado	107	Continuar en avance en la implementación del sistema de costos de la entidad	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	% de avance de cronograma de actividad de costos	80%				1						1						1						1	
			108	Elaborar informes de rentabilidad por objeto de costos (Unidades funcionales)	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° informes realizados / N° informes programados	4								1						1				1				1	
			109	Elaborar costeo de principales procedimientos quirúrgicos de las dos especialidades con mayor demanda y rentabilidad en el hospital.	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	No. De costeos adelantados y retroalimentados con equipo directivo.	4				1						1						1						1	
	P.1.1 Camino hacia la acreditación		110	Formulación de presupuesto para la vigencia 2023 conforme lineamientos y cronograma emitidos por la Secretaría de Hacienda del departamento de Boyacá	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Presupuesto elaborado y aprobado por el CONFIS	1																						1	
			111	Realizar modificaciones al presupuesto aprobado para la vigencia 2022, conforme a requerimientos de la institución	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Modificaciones realizadas/modificaciones requeridas	1																						1	
	P.4.2 Facturación limpia	P.4.2.2. Ejecución del programa de facturación limpia y digital	112	Parametrizar tarifas y acuerdos de voluntades vigentes en el sistema de información	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	No. De contratos debidamente paramentrizados en el sistema/Total de contratos suscritos (*100)	0,8												1											
			113	Socializar los acuerdo de voluntades con las diferentes EAPB en el Gestor Documental	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	(Acuerdo de Voluntades Publicado en el Gestor /Acuerdo de Voluntades legalizado por parte de la Gerencia HRD)*100	0,9						1						1						1					
			114	Generar un incremento de un 5% en la facturación neta de la vigencia con respecto a la vigencia anterior	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Formato de seguimiento con base en la información de Ejecución de Ingresos (Reconocimiento por Venta de Servicios) (Facturación Neta Generada en la vigencia actual /Facturación Neta Generada en la vigencia anterior)*100 Fuente: Ejecución Presupuestal de Ingresos	1,05						1						1						1					
			115	Retroalimentación al personal en misión asignado al proceso de facturación sobre las actividades a fin de obtener facturación limpia	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	retroalimentaciones ejecutadas/ retroalimentaciones programadas(*100)	0,95	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			116	Gestionar la facturación de los ingresos abiertos	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° egresos sin facturar / N° egresos generados(*100)	<2%	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			117	Gestion de la radicación de facturas ante las diferentes EAPB	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° facturas sin radicar / N° facturas generadas (*100)	<4%	1		1		1		1		1		1		1		1							
		P.4.2.3. Disminución de glosa originada por causas administrativas	118	Medir y clasificar las glosas, parametrizar indicadores, gestionar y proponer acciones de mejora	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Reducción de la recepción de devoluciones con respecto a la vigencia anterior	10% con relacion al año anterior						1						1						1					
			119	Adelantar retroalimentación de las causas de generación de glosas y proponer acciones de mejora	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Valores glosados por causa administrativa/Total valores glosados a la facturación generada	50%			1					1						1							1		
	P.4.3 Gestión de cobro	P.4.3.1. Acciones de gestión de cobro de cartera instauradas frente a EPS con las que se tiene relación contractual	120	Realizar cruces de cartera trimestrales con las EAPB	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Cruces de cartera realizados con EAPB que representen el 60% de la facturación de la entidad	4				1						1						1						1	
			121	Caracterizacion de las EAPB con acreencias de dificil recaudo a fin de adelantar acciones juridicas pertinentes	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Caracterización de las EABP con acreencias de dificil recaudo/ Total de las EABP con contrato	1			1																				
			122	Seguimiento de las EAPB con acreencias de dificil recaudo a fin de adelantar acciones juridicas pertinentes	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° seguimientos ejecutados/ N° de seguimiento programados*100	0,7				1						1						1						1	
			123	Realizar el cargue de información relativa a la circular 014	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° informes cargados a la plataformas/ Total de informes programados*100	12 de la circular 014	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			124	Realizar el cargue de información relativa a la circular 030	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° informes cargados a la plataformas/ Total de informes programados*100	4 seguimientos circular 030				1						1						1						1	
			125	Seguimiento compromisos circular 030 a Secretaría de Salud Departamental.	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° seguimientos ejecutados/ N° de seguimiento programados*100	12 del seguimiento compromiso 030	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			126	Informe circular 130 a Secretaría de Salud Departamental.	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	N° seguimientos ejecutados/ N° de seguimiento programados*100	12 de la informacion 130	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			127	Realizar procedimiento deterioro de cartera	3.2. GESTIÓN FINANCIERA	Procedimiento Normalizado / Procedimiento programado	1				1																			
	P.4.5 Gestión de equipos e infrestructura	P.4.5.1. Formular y adoptar la política y manual de gestión de la tecnología biomédica (adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología)	128	Documentar Manual de gestión de la tecnologia biomedica	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No de Manual de gestión de la tecnología biomedica aprobados	1				1		1						1						1					
			129	Documentar y socializar las guias rapidas de manejo de equipo biomedico	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De guias rapidas de manejo de equipo biomédico normalizadas/Total de equipos biomédicos	0,6						1						1						1					
			130	Implementación de guias rapidas de manejo equipo biomedico	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Total de Actividades ejecutadas/Total de actividades programas *100	0,1						1						1						1					
			131	Socializacion de las guias rapias de manejo equipo biomedico	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. de colaboradores que participaron en la socialización /Total de colaboradores del HRD	0,1						1						1						1					
			132	Actualizar hojas de vida de equipos biomedicos, de acuerdo con los requisitos en materia	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Número de Equipos con hojas de vida actualizadas / Total de equipo biomedico de la ESE	0,6				1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
		P.4.5.3. Adelantar gestiones para buscar financiación para la construcción de salas de cirugía y salas de partos	133	Adelantar proceso contractual para la ejecución del proyecto de contrucción de salas de cirugia y salas de partos	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Contrato Construcción de Salas de Cirugia y Partos	1										1													
			134	Verificar y retroalimentar internamente el ejercicio de interventoria adelantado a la obra de contrucción de salas de cirugía y salas de partos	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Retroalimentación de los informes de interventoria de la obra de infraestructura	2												1											1	
			135	Formular, ejecutar, hacer seguimiento y mejora al Plan de Contingencia asociado a la ejecución del proyecto de contrucción de salas de cirugia y salas de partos	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De acciones ejecutadas en el plan de contingencia de obra / Total de acciones propuestas en el Plan de contingencia	0,9																								
			136	Formular Proyecto de inversión relacionado con equipo industrial complementario al proyecto de contrucción de salas de cirugia y partos	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	No. De proyectos de equipo industrial gestionados	1										1													
		P.4.5.4. Cumplimiento al Plan de mantenimiento hospitalario	137	Elaborar e implementar cronograma de mantenimiento anual de equipo biomédico y hacer seguimiento trimestral de su cumplimiento retroalimentando avances	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento de equipo biomédico	0,9			1			1						1						1					
			138	Elaborar e implementar cronograma de mantenimiento anual de Infraestructura y hacer seguimiento trimestral de su cumplimiento retroalimentando avances	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento- Infraestructura y mobiliario	0,9			1			1						1						1					
			139	Elaborar e implementar cronograma de mantenimiento anual de Equipo de computo y hacer seguimiento trimestral de su cumplimiento retroalimentando avances	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento- Equipo de computo	0,9			1			1						1						1					
			140	Verificación de la ejecución del mantenimiento preventivo de los equipos de comunicaciones e informática del proceso TI.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de informes de ejecución del mantenimiento preventivo de los equipos de informática y comunicaciones.	2												1								1			
			141	Elaborar y radicar informe de cumplimiento al plan de mantenimiento hospitalario	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento hospitalario	0,8				1						1						1						1	
		P.4.6.1. Certificación de la central de mezclas en Buenas Prácticas de Manufactura	142	Proponer Plan de Contingencia para farmacia de acuerdo con ajustes asociados a la Obra de construcción de salas de cirugia y partos	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	No.seguimiento al plan de contingencia asociado a la obra.	2										1												1	

		(BPM)por parte del INVIMA	143	Acompañar la reorganización del área de farmacia considerando los requisitos para certificación de Resolución 444 de 2008 con líder de calidad	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	No. De autoevaluación de requisistos Res. 444 DE 2008 para certificación en BPM	2										1												1	
	P.4.6 Central de mezclas	P.4.6.2. Dispensación de tabletería requerida por pacientes hospitalizados, en formato unidosis	144	Seguimiento a la aplicación del procedimiento farmacoterapeutico	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	N° pacientes con perfil de seguimiento / pacientes con criterio de seguimiento	0,3	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			145	Seguimiento al procedimiento de entrega de medicamentos de control especial a secretaria de salud	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	N° de medicamentos de control registrados a secretaria de salud/ total de medicamentos radicados	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			146	Realizar reporte de eventos adversos a medicamentos y ESAVI a INVIMA	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	N° de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos / total de egresos en el periodo	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			147	Realizar control de inventario de medicamentos de la institución	2.7. GESTION DE LA ATENCIÓN EL SERVICIO FARMACEUTICO	Seguimiento ejecutados/ seguimientos programados	5% en faltantes del inventario						1						1						1				1	
		P.5.1.1. Cumplimiento al programa de gestión ambiental formulado en cada anualidad	148	Adelartar reunion del comité de gestion ambiental y sanitaria GAGAS, mensual	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Jornadas de comité e gestion ambiental y sanitaria GAGAS adelantados en el año	11	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			149	Actualizar y formalizar la conformación del comité de gestion ambiental y sanitaria	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 comité actualizado	1			1																				
			150	Continuar alimentando y analizando los indicadores de produccion de residuos, gestión interna de residuos y tenerlos disponibles para la autoridad sanitaria	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De reportes de indicadores ambientales efectivamente realizados	4						1					1						1					
			151	Actualizar PGIRASA de la sede de Duitama con el nuevo codigo de colores, nuevos servicios y areas de expansión	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 PGIRASA de la sede de Duitama actualziado normalizado	1			1																				
			152	Elaborar PGIRASA de la sede de Santa Rosa con el nuevo codigo de colores	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 PGIRASA de la sede de Sta Rosa actualziado normalizado	1					1																		
			153	Elaborar PGIRASA de la sede de Sativasur con el nuevo codigo de colores	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 PGIRASA de la sede de Sativa Sur actualziado normalizado	1						1																	
			154	Realizar auditorias de gestión de residuos mensual	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. informe auditoria a manejo de residuos adelantadas	4						1						1						1				1	
			155	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	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De indicadores de gestión ambiental alimentados/ Total de indicadores de gestión ambiental formulados	90%						1					1						1				1	
			156	Realizar el registro anual de generador de residuos de las tres sedes, de acuerdo a la normatividad legal vigente	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	100% del registro anual de generadores por cada sede diligenciado y cerrado	1					1																		
			157	Realizar y enviar el informe de gestión de residuos a la secretaria de salud de Boyacá en los plazos determinados por esta entidad (sedes Santa Rosa y Sativasur)	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	100% del registro anual de generadores por cada sede diligenciado y cerrado	1																							
			158	Realizar y enviar el informe de gestión de residuos a la secretaria de salud de Duitama en los plazos determinados por esta entidad Duitama	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	100% del informe de gestión de resiudos radicado en secretaria de salud de Boyacá	1	1																						
			159	Capacitar a los trabajadores en lo referente a disposicion de residuos y nuevo codigo de colores	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De colaboradores capacitados en genstión de residuos / Total de trabajadores	80%			1																				
			160	Realizar visita de auditoria a gestor externo de residuos peligrosos	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No de visitas realizadas al gestor externo de residuos	1																		1					
			161	Revisar Kits de atención de emergencias ambientales por rupturas de bolsa o derrame de sustancias o material peligrosos	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De revisión de kirs de atención deemergencias ambientales por ruptura de bolsas o derrame de sustancias o material peligrosos	12	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			162	Actualizar el listado de sustancias químicas	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Formatos actualizados de elementos quimicos de la ESE HRD y sus sedes	1													1									1	
			163	solicitar a los proveedores de sustancias quimicas, presenten la ficha de seguridad, bajo los parametros establecidos en el sistema globalmente armonizado	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No de sustancias quimicas con ficha de seguridad/ No total de sustancias qcas *100	100%																	1				1	
			164	Realizar capacitación en gestión segura de sustancias químicas al personal de mantenimiento, servicios generales y laboratorio clínico.	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No de trabajaodres capacitados en gestion segura de sustancias qcas / No total de trabajadores del area *100	50%																	1					
			165	Realizar inspecciones de control de plagas	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De inspecciones realizadas a control de plagas	1						1							1					1					
			166	Realizar lavado de tanques de agua, en las 3 sedes	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	Lavado de tanques de almacenamiento de agua en la ESE y sus diferentes sedes.	3%						1							1					1					
			167	Realizar estudio de vertimientos liquidos y enviarlo al Gobierno Municipal de acuerdo a lo descrito en la norma	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 resultado del estudio por cada area	1													1										
			168	Documentar y evaluar adherencia a las acciones relacionadas con el manejo de cadaveres y su estadia en la morgue	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No. De documentos con lineamientod de manejo de cadaveres normalizados	1																	1					
			169	Implementar campañas de buenas prácticas ambientales, (ahorro de agua, energia, manejo de residuos)	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	No de actividades ejecutadas/No de actividades programadas*100	4					1					1						1						1	
			170	Solcitar a la subgerencia adminsitrativa la asignación de un presupuesto para la vigencia 2023 para el desarrollo de las acciones del SGSST	3.5. GESTIÓN DE RECURSOS FISICOS	1 documento actualizado																								
			171	Socializar las responsabilidades en el SGSST, a todos los colaboradores de la ESE de acuerdo a su nivel	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de trabajadores socializados con las responsabilidades/No total de trabajadores *100																								
			172	Programar y ejecutar las actividades de capacitación para el COPASST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de capacitaciones para el COPASST ejecutadas /No de capacitaciones para el COPASST programadas *100																								
			173	Elaborar un programa de capacitación, en promocion y prevencion del SGSST Y ejecutarlo, tener en cuenta los riesgos mas frecuentes en la empresa y la normatividad legal vigente	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de capacitaciones ejecutadas/No de capacitaciones programadas *100																								

E5. Socialmente responsables	P.5.1 Sistema integrado de Gestión Ambiental, Salud y Seguridad en el trabajo (SIGASST)	P.5.1.2. SGSST implementado	174	Elaborar y ejecutar un programa de reinducción, sobre el SGSST Y la normatividad legal vigente en SST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de capacitaciones ejecutadas/No de capacitaciones programadas *100																											
			175	Verificar mensualemne el pago de la cotización especial de alto riesgo de los tecnicos y auxiliares de radiologia	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de trabajdores con cotizacion especial/ No detrabajadores expuestos *100																										
			176	Actualizar los objetivos y metas del SGSST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 documento actualizado																										
			177	Realizar rendición de cuentas sobre los avances del SGSST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO																										
			178	Actualizar matriz legal	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 documento actualizado																										
			179	Implementar el proceso para la adquisicion de bienes y servicios en el SGSST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de contratos con requisitos del sgsst/ No total de contratos																										
			180	Actualización del perfil sociodemografico de los colaboradores de la empresa	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	documento actualziado y normalziado																										
			181	Actualizar matriz de peligros teniendo en cuenta nuevas areas de expansion	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	documento actualziado y normalziado																										
			182	Realizar y ejecutar un plan de actividades de promoción y prevención según los riesgos encontrados en la empresa y las caracteristicas de la población incluidas accciones de los sistemas de vigilancia epidemiologica, reisgo psicosocial y reisgo biologico	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 plan de actividades de promocion y prevención																										
			183	Realizar estudio previo para la contratación de las evaluaciones medicas periodicas ocupacionales a los servidores públicos de la empresa	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 estudio previo presentado a contratación																										
			184	Realizar seguimiento a las restricciones y recomendaciones generadas por médicos ARL y EPS	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 Matriz de seguimiento actualizada con soportes																										
			185	Mantener actualizados los indicadores de obligatorio cumplimiento previstos en la Resolucion 0312 de 2019 e informar el seguimiento de estos a trabajadores y al nivel directivo	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 matriz de indicadores actualizada mes vencido																										
			186	Actualziar listado de sustancias quimicas e identificar las sustancias carcinogenas o con toxicidad aguda y actualziar la ficha de seguridad bajo el SGA	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de fichas de seguridad de sustancias quicas cancerigencas/ total de sustancias quimicas *100																										
			187	Realizar medicion ambiental de radiación ionizante y generar acciones de mejora a partir de los resultados	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 medición ambiental de radiación ionizante realizada																										
			188	revisar mediciones individuales de personal expuesto a rdiación ionizante y generar acciones de mejora a partir de los resultados	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 medicion individual por cada persona expuesta																										
			189	Documentar protocolos procedimientos y fichas en aspectos referidos al SGSST de acuerdo con los reisgos identificaos y el diagnostico de condiciones de salud	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de procedimientos documentados /2 *100																										
			190	Realizar un plan de inspecciones conjuntas con el COPASST de las instalaciones, maquinas, equipos del COPASST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 documento firmado por COPASS Y SIGASST																										
			191	Mantener la entrega de EPP, sus registros en la plataforma y los informes pertienentes a las entidades que los solicitan según la normatividad	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 Documento en PDF en el que se evidencie la entrega de EPP a los colaboradores de la empresa																										
			192	Socializar el plan de prevención preparación y respuesta ante emergencias a través de la plataforma AVA del hospital	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de trabajaores que realizan y aprueban el curso/ No total de trabajadores * 100																										
			193	conformación capacitación y entrenamiento de la brigada de emergencias	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de brigadistas/ No total de trabajadores *100																										
			194	Realizar auditoria interna a las empresas que tienen personal en la institución 1 en empresas de 10 a 50 trabajadores, 1 auditoria en empresa de mas de 50 trbajadores	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de auditorias realziadas/No de auditorias programadas *100																										
			195	Realizar el reporte de accidentes laborales y enfermedades laborales que se presenten en los empleados públicos y contratistas por prestación de servicios	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de reportes de ELAL/ No tota lde eventos *100																										
			196	Reportar a la direccion territorial del Minsiterio de trabajo, los accidentes de trabajo y enfermedad laboral que se presenten en lso trabajadores y contratistas de la empresa	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de reportes de ELAL/ No tota lde eventos *100																										
			197	Realizar seguimiento al cierre de los casos ATEL con la ARL POSITIVA	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de eventos Accidentes laborales y enfermedades laborlaes revisados/No total de eventos ALEL presentados en el periodo																										
			198	Realizar el proceso de convocatoria para la conformación del COPASST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	COPASST conformado vigencia 2021 a 2023																										
			199	Realizar seguimiento a los cambios que se presenten en la implementación del SGSST	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1 formato de control de cambios diligenciado y evaluado	87%																										
			200	Realizar evaluación del SGSST en la plataforma del fondode riesgos laborales de la vigencia 2021	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de evalauciones cargas en plataforma/2 * 100	1200%	1		1		1		1		1		1		1		1		1									
			201	Revisión anual por la alta dirección resultados y alcance de la auditoria	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No de evalauciones ejecutadas/ No de evalaucioens planeadas *100	1200%	1		1		1		1		1		1		1		1		1									
			202	Implementar acciones de educación, concientización, fortalecimiento y promoción de los Derechos y Deberes de los usuarios	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	Actividades ejecutadas /Actividades programados *100%	12	1		1		1		1		1		1		1		1		1									

			203	Racionalizar por lo menos un trámite de los que se encuentran inscritos en el SUIT de acuerdo con los lineamientos.	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	tramites priorizados	1										1												
			204	Socialización y adherencia de la guia de atención de enfoque diferencial a los colaboradores por sedes del HRD mediante herramientas digitales	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	No. de capacitaciones ejecutadas /Total de capacitaciones programadas	2										1											1	
			205	Asesorar el diseño, adelantar el cargue y verificar en la aplicación la efectividad de los cursos incorporados en plataforma AVA,	2.10. GESTION DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	No. Cursos diseñados, cargados, aplicados y verificados en AVA/Cursos activos en la Platafprma AVA	100%						1						1						1			1	
			206	Consolidar y llevar para analisis los proyectos de investigaciones en las que participe el hospital a traves del Comité de etica e investigación	2.10. GESTION DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	Socialización de resultados realizada/investigaciones realizadas	100%												1									1	
			207	Hacer seguimiento y divulgación de los resultados y avances en los proyectos de investigación en las que participe el HRD a traves de los diferentes canales institucionales y comité de gestión	2.10. GESTION DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO	No. De publicaciones relacionadas con investigaciones adelantadas en la ESE	3						1						1						1				
			208	Adelantar el reporte de la evaluación de implementación MIPG, y calificación del índice de desempeño institucional basado en la encuesta FURAG	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Calificación índice de desempeño institucional basado en la encuesta FURAG	67,8%																						
			209	Realizar el seguimiento y la gestión de ejecución al Plan de Desarrollo Institucional.	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	**IND 3 - Res 408 =** Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación.	>90%						1				1						1						
			210	Evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable al proceso de gestión de facturación, así como el diseño y la efectividad de las actividades de control, las políticas y procedimientos implementados en el Hospital Regional de Duitama.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria al proceso de facturación	1				1																		
			211	Evaluar el cumplimiento de la normativa aplicable al proceso de gestión de cartera del Hospital Regiona de Duitama	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria al proceso de cartera	1						1																
			212	Efectuar seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por los procesos.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria a planes de mejoramiento institucionales	1								1														
			213	Verificar que los procesos contractuales que se adelanten cumplan con lo establecido en el Estatuto y en el Manual de contratación del Hospital.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria al proceso de contratación	1										1												
			214	Verificar el cumplimiento de Cobro Coactivo de cartera morosa representada en títulos ejecutivos, exigibles a favor del Hospital Regional de Duitama. Ley 1437 de 2011 y Estatuto Tributario	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria al proceso de cartera	1												1										
			215	Evaluar la aplicación de tablas de retención documental, Acuerdo Nº042, Acuerdo Nº060 de 2001, Acuerdo 02 de 2014, Acuerdo Nº005 de 2013 del AGN Art 15	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria de gestión documental	1													1									
			216	Revisar el grado de avance en la implementación y mejora del MIPG, Decreto 1499 de 2017, Decreto 1083 de 2015, Ley 1753 de 2015.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria al proceso de cartera	1															1							
			217	Realizar Arqueo de caja menor	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informe de Auditoria arqueo de caja menor	1																		1					
			218	Realizar un (1) Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno Contable. (Resolución 248 de 2007, Instructivo 003 de 2014 CGN, Resolución 193 de 2016 y su Procedimiento Anexo)	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informes de Evaluación del Sistema de Control Interno Contable debidamente avalados y cargados	2			1																1			
			219	Elaborar Dos (2) Informes de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno de la Entidad y publicarlos en la página Web. (Ley 1474 del 12 de julio de 2011, Artículo 09) decreto 2106 del 2019 en su articulo 156, 30 enero y 30 julio	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informes de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno de la Entidad	2	1											1										
			220	Realizar tres (3) Seguimientos al Plan Anticorrupción - Informe de seguimiento a las estrategias del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, así como al mapa de riesgos de corrupción. (Decreto 2641 del 17 de diciembre de 2012 - Decreto 124 de 2016 / Guia elabración del plan, página 13)	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. DeInforme de seguimiento a las estrategias del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	3	1							1							1							
			221	Realizar cuatro (4) Informes de Austeridad del Gasto y reporte al Representante Legal (C.P. Art. 128, Decreto 26 y 1737 de 1998, Decreto 984 de 2012),Un informe cada tres meses: Enero, Abril, Julio, Octubre.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informes de Austeridad del Gasto y reporte al Representante Legal	4	1					1						1						1				
			222	Realizar un (1) 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. (Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011)	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informes Semestral a PQRSD	2	1											1										
			223	Realizar auditoria de Seguimiento a las funciones del comité de conciliacion.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. Informes de auditoria comité de conciliación	2	1											1										
			224	Realizar auditoria de evaluación Institucional por dependencias	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informes de evaluación Institucional por dependencias	1			1																			
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		225	Realizar seguimiento a la gestión del sistema de información y gestión del empleo público - SIGEP.	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informes de seguimiento SIGEP	2								1						1								
			226	Realizar auditoria de Seguimiento Matriz Ley de Transparencia (Procuraduría ITA)	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informe de auditoria Indice de Transparencia y Acceso a la información	1															1							
			227	Diligenciar el Reporte FURAG II (Formulario Unico de Reporte de Avances de la Gestión) - Modulo Control Interno	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informe de control Interno Furag	1			1																			
			228	Realizar auditoria de Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de Trámites a través del Sistema Único de Trámites (SUIT)	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informe de seguimiento SUIT	2										1											1	
			229	Realizar auditoria de seguimiento a la gestión de Riesgos	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informe de Riesgos	1						1												1				
			230	Realizar auditoria de Derechos de Autor Software	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	No. De Informe de derechos de autor	1				1																		
			231	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	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De actas y/o acuerdos relacxionados con la conformación de la panta resultado de evaluación	1				1																		
			232	Retroalimentar a la Comisión Nacional del Servicio Civil el estado de vacancia de cargos y/o previsión de recursos humanos	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De Cargues oportunos a la CNSC	1										1												
			233	Organizar el campeonato interno Voleybol y Baloncesto	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De capeonatos internos organizados	1						1																
			234	Organizar evento anual de: Concurso de Talentos	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De Concurso de Talentos organizados	1																					1	
			235	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 Bacterióloga/o, Día del Médico, entre otras.	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Fechas conmemoradas / Total de fechas programadas para conmemorar	0,9												1										
			236	Adelantar jornada de Promoción de programas de vivienda	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Jornadas de Promoción de programas de vivienda	1										1												
			237	Aplicar instrumento de medición de clima laboral, consolidar y analizar resultados y presentar en comité de gestión y desempeño	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De mediciones de Clima Laboral aplicadas	1				1																		
			238	Organizar salida lúdico recreativa con el proposito de Fortalecimiento del trabajo en equipo	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Jornadas de salida lúdico recreativa con el proposito de Fortalecimiento del trabajo en equipo	1										1												
			239	Adelantar evento de preparación de los pre pensionados para el retiro del servicio	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De evento de preparación de los pre pensionados para el retiro del servicio	1																		1				
			240	Gestionar y hacer entrega del Bono por Bienestar Social	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Bono por Bienestar Social/ Total de servidores	1																						
			241	Realizar jornada de Reconocimiento a Pensionados del periodo 2022	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. jornada de Reconocimiento a Pensionados del periodo 2022	1												1										
			242	Organizar Actividad de Bienestar espiritual y meditación	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Actividades de Bienestar espiritual y meditación	1								1														
			243	Organizar jornada de Capacitación en detección de acoso laboral, sexual, ciberacoso	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De jornadas de Capacitación en detección de acoso laboral, sexual, ciberacoso	1						1																

			244	Coordinar acciones interinstitucionales y fomento a las buenas prácticas mediante Alianzas Interinstitucionales	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. De informes de seguimiento a Alianzas Interinstitucionales	1							1																				
			245	Acompañar, promover y hacer seguimiento a la ejecución de las actividades planeadas y desarrolladas en el Plan de Bienestar e incentivos	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Informe de seguimiento Plan de Bienestar e incentivos	4							1						1						1								
			246	Acompañar, promover y hacer seguimiento a la ejecución de las capacitaciones internas y/o externas programadas en el PIC	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Informe de seguimiento Plan Institucional de capacitaciones	4							1						1						1								
			247	Ejecutar jornadas de inducción y reinduccion según el programa de inducción y re inducción de los colaborares del Hospital Regional de Duitama	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Informe de seguimiento Plan Institucional de inducción y reinducción	4							1						1						1								
			248	Realizar actividades o ejercicios participativos para la divulgación y adherencia de los valores y principios adoptados en código de integridad	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Informe gestión adelantada para implementación del codigo de integridad	6					1				1				1				1		1					1			
			249	Verificar la información de hojas de vida de colaboradores con sus soportes de acuerdo con requisitos mínimos	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Informe gestión de hojas de vida	1							1						1						1								
			250	Realizar evaluación de desempeño en la plataforma SIGEP del 100% de los empleados públicos en carrera administrativa de la entidad	3.1. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No. Evaluaciones de desempeño adelantadas en aplicativo SIGEP	1			1																							
			251	Reconocer y desarrollar actividades comunicativas para la celebración de fechas importantes y eventos institucionales.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Fechas conmemoradas / Total de fechas programadas para conmemorar	90%													1												1		
			252	Actualizar la página WEB institucional al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. De items debidamente actualizados en pagina web requeridos por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información /Total de items equeridos por la Ley de Transparencia y Acceso a la Información	>=70%							1																			
			253	Preparar los canales y metodologías que se emplearán para desarrollar la estrategia de rendición pública de cuentas	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			254	Consolidar la información y Estructurar presentación definitiva para RDC y Publicarla oportunamente, en la página web de la entidad.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación		255	Consolidar la información y Estructurar presentación definitiva para RDC y Publicarla oportunamente, en la página web de la entidad.	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Presentación definitiva publicada	1							1																				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		256	Desarrollar etapa de convocatoria y divulgación de la Estrategia de rendición de cuentas a través de campaña comunicativa que incentive participación de ciudadanía.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			257	Mantener actualizado el micrositio de la página web de rendición de cuentas en el portal institucional	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			258	Realizar actividades de rendición de cuentas parciales dirigida a grupos de interés	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
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)	259	Realizar actividades de rendición de cuentas parciales dirigida a grupos de interés	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Formato asistencia	3							1						1						1								
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		260	Aplicar formatos para población con discapacidad en cada una de las trasmisiones de rendición de cuentas.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación		261	Aplicar encuesta y realizar evaluación de los diferentes elementos de la rendición de cuentas	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	% Encuestas realizadas	1							1																				
			262	Estructurar informe y acta de la audiencia de RDC y publicarla en la página web y enviarla a la Supersalud Link:supersalud.gov.co rendición de cuentas.	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Actas y listado de asistencia	1							1																				
			263	Desarrollar etapa de convocatoria y divulgación de la Estrategia de rendición de cuentas a través de campaña comunicativa que incentive participación de ciudadanía.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	actividades reaizadas/ actividades programadas	1							1																				
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		264	Realizar transmisión en vivo (Facebook live) de la audiencia de RDC	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			265	Publicar video de audiencia de rendición de cuentas en página web	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			266	Convocar a entes de control para participar en actividades de Rendición de Cuentas del HRD	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación		267	Presentar ante las instancias competentes el informe de evaluación del desarrollo de la estrategia de rendición de cuentas 2022	4.1. EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	Informe presentado	1							1																				
			268	Retroalimentar las observaciones de la RPC los participantes en la rendición de cuentas sobre la gestión institucional, ante comité de gestión y desempeño	1.2. PLANEACIÓN INSTITUCIONAL	Retroalimentación realizada en comité operativo	1								1																			
			269	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 Función Pública.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			270	Racionalizar por lo menos un trámite de los que se encuentran inscritos en el SUIT de acuerdo con los lineamientos.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES																												
			271	Depuración de Historias clínicas de acuerdo con la normatividad vigente (Acuerdo 004 de 2019 del AGN y Rln 839 de 2017 de Ministerio de Protección Social) Sede Duitama	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Número de historias clínicas depuradas/Número de Historias clínicas por depurar	6000					1					1					1								1		
			272	Depuración de Historias clínicas de acuerdo con la normatividad vigente (Acuerdo 004 de 2019 del AGN y Rln 839 de 2017 de Ministerio de Protección Social) Sedes Sta Rosa y Sativa Sur.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Número de historias clínicas depuradas/Número de Historias clínicas por depurar	2000					1					1					1								1		
			273	Actualizar el PINAR (Plan institucional de archivos) teniendo en cuenta los avances del proceso	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. Planes nstitucional de archivos actualizados	1	1																									
			274	Destruir la documentación aprobada para eliminar y entregar para reciclaje.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. De actas de entrega a reciclaje de documentación destruida	1													1														
			275	Socialización y acompañamiento en la aplicación de tablas de retención documental aprobadas	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. Procesos con capacitación en TRD/ Total de procesos	1					1					1					1								1		

E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		276	Actualizar el esquema de publicación de la información y difundirlo a través de los canales de comunicación existentes en la Entidad.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. Esquemas de publicación de la información actualizado publicado						1																				
			277	Revisar y Actualizar el indice de información clasificada y reservada	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. Esquemas de indice de informacion clasificada actualizada	1														1										
			278	Actualizar, publicar y socializar el Programa de Gestión Documental	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. Programas de Gestión Documental actualizados	1								1																
			279	Formular, publicar y socializar el Sistema Integrado de Conservacion Documental	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. De Sistema Integrado de Conservacion Documental normalizados	1														1										
			280	Actualizar, adoptar mediante acto administrativo y socializar la politica de gestión documental	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. De Politica de gestión documental actualizada y socializadas	1			1																					
			281	Hacer seguimiento y retroalimentación a lideres del proceso de tranferencias documentales vigencia 2020 de acuerdo con programación	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. De transferencias documentales efectivas/Total de procesos.	1																		1						
			282	Seguimiento al cumplimieto PINAR (Plan institucional de archivos)	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Seguimiento ejecutados/ seguimientos programados	2										1												1	
			283	Realizar Auditoria a las diferentes dependencias del HRD, para establecer la adherencia a la politica de gestión documental e información	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. De procesos auditados en gestión documental / Total de procesos	> =80																		1						
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación		284	Revisar y Actualizar el indice de información clasificada y reservada	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Esquema de indice de informacion clasificada actualizada	1														1										
			285	Elaborar material audiovisual, piezas publicitarias e impresas con contenido educativo para todos los servicios ofrecidos en la ESE HRD y sus sedes.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Piezas publicitarias divulgadas												1										1	
			286	Adelantar Campaña para promocionar canales de información y atención a los grupos de valor, así como tramites institucionales y otros procedimientos administrativos.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Publicaciones realizadas												1										1	
			287	Fomentar la interacción y ampliar los vinculos de comunicación con los usuarios y seguidores de las redes sociales existentes del Hospital Regional de Duitama.	3.6. GESTION DE COMUNICACIÓNES	No. Informe de administracion de redes sociales												1										1	
			288	Definir y socializar los lineamientos institucionales para saludo y bienvenida	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	Documento normalizado y socializado	1								1																
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		289	Definir y divulgar los roles, responsabilidades y condiciones asociadas a la publicación de información en la pagina web asociado al cumplimiento Ley 1712 de 2014	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Documento actualizado y normalizado	1					1																			
E1. Trabajando en condiciones de seguridad, calidad y calidez	P.1.1 Camino hacia la acreditación		290	Análisis mensual de los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario	2.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y CIUDADANO	Informes ejecutados /Informes programados *100%	12	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1	
			291	Normalizar el Plan de Apertura de datos abiertos y realizar el registro en el portal de Datos Abiertos	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Documento normalizado, socializado y publicado en el portal	1						1																		
			292	Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley 1712 de 2014	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Informes ejecutados /Informes programados *100%	2								1												1				
			293	Implementar los criterios de accesibilidad establecidos en el Autodiagnostico de Gobierno Digital en la pagina web.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	% Avance de implementación cristerios de accesibilidad	1																		1						
			294	Promocionar el link de participación en la página web para que trabajadores y usuarios participen en la construcción del PAAC e incorporar los aportes en el mismo.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	link de participación dentro del PAAC 2022	1	1																							
			295	Organizar jornada de reinducción institucional incorporando dentro de la misma la tematica de servicio al ciudadano, transparencia y codigo de integridad	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Actas y listado de asistencia	1					1																			
			296	Mantener actualizada la caracterización de los grupos de interés y revisar la pertinencia de la oferta, canales, mecanismos de información y comunicación empleados por la entidad.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Documento actualizado y normalizado	1								1																
E6. Administrativamente fuertes	P.6.1 Avanzando en MIPG		297	Actualizar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de Planes Estratégicos de Tecnologías de la Información actualizados.	1	1																							
			298	Actualizar el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de Planes de Seguridad y Privacidad de la Información Actualizado.	1	1																							
			299	Identificar y caracterizar los servicios institucionales de la entidad para la construcción del PETI.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 3 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1			1																					
			300	Identificar y caracterizar las capacidades de la entidad para la construcción del PETI.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 4 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1			1																					
			301	Evaluar y comprender los servicios institucionales de mayor impacto que deberán ser mejorados con el uso de las TIC.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 5 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1					1																			
			302	Analizar los factores internos y externos con base a la situación actual de la entidad identificando debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas (DOFA) en temas de TI.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 6 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1								1																
			303	Analizar el entorno y la normatividad vigente para determinar los factores externos que afectan la entidad.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 7 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1										1														
			304	Realizar el plan de comunicaciones para la construcción del PETI, Sesión No. 18.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de plantillas de la sesión No. 8 del anexo 1. herramienta para la construcción del PETI diligenciada.	1										1														
			305	Documentar y normalizar el modelo de seguridad y privacidad de la Información en la fase I.	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de modelos de seguridad y privacidad normalizados y socializados.	1																						1	
			306	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	3.4. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No. de Planes de capacitación y sensibilización sobre seguridad de la información normalizado y socializado.	1																						1	