PLAN DE ACCIÓN 2025

PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			PLANES	POLITICA INSTITUCIONAL ASOCIADA	No.	ACTIVIDAD	SUBPROCESO	RESPONSABLE	RESULTADO/SOPORTE	INDICADOR	META	ENE		FEB		MAR		TOTAL I TRIM	ENTREGA I TRIM	ABR		MAY		JUN		TOTAL I SEM	ENTREGA I SEM	JUL		AGO		SEP		TOTAL II TRIM	ENTREGA II TRIM	OCT.		NOV.		DIC.		TOTAL	ENTREGA
META	ESTRATEGIA	PROGRAMA/PLAN										P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E			P	E	P	E	P	E		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	P I TRIM	E I TRIM	20	21	22	23	24	25	P I SEM	E I SEM	28	29	30	31	32	33	P II TRIM	E II TRIM	36	37	38	39	40	41	TOTAL	ENTREGA
1. Integralidad y calidad de servicios			Programa de Transparencia y Ética Publica	Prestación de servicios	1	Definir los indicadores de seguimiento a la Satisfacción Global del Usuario y por servicio	Atención al usuario y su familia	Lider de Atención al usuario y su familia	Indicadores del Satisfacción Global del Usuario y por servicio normalizados en Aplicativo	Indicadores del Satisfacción Global del Usuario y por servicio normalizados en Aplicativo	100%			1				1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios			Programa de Transparencia y Ética Publica	Prestación de servicios	2	Analisis y seguimiento al comportamiento de la Satisfacción Global del Usuario y por servicio	Atención al usuario y su familia	Lider de Atención al usuario y su familia	Informe de seguimiento de Satisfacción Global del Usuario y por servicio	NA	4	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	3	Definir la política de prestación de servicios alineada a los atributos de la calidad y lineas estrategicas de SUA	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Resolución de adopción de política de prestación de servicios en el HRS	NA	1			1				1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	4	Definir Modelo de Atención del HRS Alineada a los atributos de la calidad y lineas estrategicas de SUA	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Modelo de Atención estrandarizado	NA	1			1				1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	5	Adopción de las guias de practica clinica, asociada a las principales patologias de acuerdo a perfil epidemiologico institucional	Director de prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Resolución de adopción de guias de practica clinica Planillas de asistencia capacitación, pretest y post tes. Informe de adherencia									0	0	1						1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	6	Socialización e implementación de de las Guias de Práctica clinica priorizadas	Director de prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Informe de capacitación pretest y postest									0	0							0	0	1						1	0					1		2	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	7	Monitoreo a la Evaluación de adherencia las Guía de Práctica Clinica peiorizadas	Director de prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Informe de Monitoreo a la Evaluación de adherencia las Guía de Práctica Clinica peiorizadas									0	0							0	0	1						1	0					1		2	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	8	Realizar el despliegue del Modelo de Atención institucional y medir el conocimiento del mismo	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Soporte de e valuación de conocimientos	Conocimiento del personal frente al Modelo de Atención	>= 75%					1		1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	9	Definir los indicadores de seguimiento a la adherencia al Modelo de Atención	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Indicadores del Modelo de Atención normalizados en Aplicativo	Indicadores del Modelo de Atención normalizados en Aplicativo	100%							0	0	1						1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	10	Hacer seguimiento y analisis de los indicadores del Modelo de Atención	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Indicadores del Modelo de Atención con medición y analisis	Indicadores del Modelo de Atención con medición y analisis	100%							0	0							0	0	1						1	0	1				1		3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	11	Reporte mensual de la producción en el servicio de Consulta externa Especializada	Consulta externa Especializada	Líder de Consulta externa Especializada	Informe de producción del servicio		mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	12	Realizar analisis y evaluación de suficiencia del servicio por especialidad	Consulta externa Especializada	Líder de Consulta externa Especializada	Informe de analisis de suficiencia del servicio por especialidad		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	13	Gestionar el soporte documental para prestación de servicios de las UBA-Demanda enfermeria-medicina y odontologia en el primer nivel de atencion	Atención al usuario y su familia	Líder de Consulta externa general (IPS en Red)	Informe de Seguimiento a la demanda inducida en los dos puntos de atencion busbanza y pajarito que se debe alimentar constantemente y enviar mensualmente	NA	Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	14	seguimiento al manual de procedimiento de referencia y contrarreferencia entre HRS - UBA´S. y se cuenta con el directorio de red de prestacion de servicios	Atención al usuario y su familia	Líder de Consulta externa general (IPS en Red)	seguimiento al proceso de referencia y contrarreferencia documentado por cada una de las UBAS hacia el HRS y el HORO	NA	Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	15	Realizar seguimiento a la implementacion de las rutas de Res. 3280 en el primer nivel de atencion priorizadas	Atención al usuario y su familia	Líder de Consulta externa general (IPS en Red)	Seguimiento mensual a las metas establecidas por cada EAPB tanto para Busbanza y Pajarito	NA	Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	16	Recolectar, procesar analizar y reportar información de sus prestadores a nivel central	Atención al usuario y su familia	Líder de Consulta externa general (IPS en Red)	realizar recoleccion y presentacion de la informacion de las UBA de forma mensual a las respectivas plataformas de cada EAPB y a calidad.	NA	Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	17	Gestión de comités aplicables a las UBAS	Atención al usuario y su familia	Líder de Consulta externa general (IPS en Red)	Actas de comies al dia	NA	Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	18	Presentar Analisis trimestral de RIPS ante junta directiva Res. 408	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Informe trimestral de RIPS	Informes presentados ante junta directiva de RIPS	Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	19	Realizar la Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida.	Hospitalización General	Líder de Hospitalización General	Analisis de indicador en almera mensual e informe trimestral del comité de historias clinicas de la ESE, Referencia del Acto Administrativo de Adopción de la Guia, definición y cuantificación de la muestra utilizada y la aplicación de la formula del indicador.	IND 13- Res 408 = Número de historias clinicas audiadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guia de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clinicas audiadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	20	Reporte mensual de la producción en el servicio de hospitalización	Hospitalización General	Líder de Hospitalización General	Informede indicadores de producción del servicio de hospitalización		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	21	Reporte de proporción de hospitalización por cada uno de los servicios de internación	Hospitalización General	Líder de Hospitalización General	Informe de analisis de ocupación hospitalaria por servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	22	H25A5 Revisión mensual por área de enfermería de los carros de paro y kits de bos servicios.	Cuidado de Enfermería	Líder de Cuidado de Enfermería	Informe de revisiones Trimestrales a Carros de paro y Kits para atención de Codigos por enfermeria	Dotación requerida en carro de paro y kits de codigos evidenciada	100%			1				1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	23	Creación y seguimiento de los equipos primarios de enfermeria	Cuidado de Enfermería	Líder de Cuidado de Enfermería	Resolución de conformación de equipos primarios Informe de seguimiento del funcionamiento de equipos primarios de enfermeria	Cumplimiento de cronogramas de reunión de equipos primarios	90%							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	24	Desarrollar evaluación de adherencia a protocolos de atención a enfermeria	Cuidado de Enfermería	Líder de Cuidado de Enfermería	Infórme de evaluación de adherencia a protocolos de atención a enfermeria por servicio		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	25	Definición de planes de cuidado de enfermeria priorizados de acuerdo con el perfil epidemiologico institucional	Cuidado de Enfermería	Líder de Cuidado de Enfermería	Planes de cuidado de enfermeria estandarizados, especificos por servicio.	Planes de cuidado de enfermeria estandarizados	4/ Servicio							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	26	Seguimiento a la Oportunidad en la realización de apendicectomia.	Atención Quirúrgica	Líder de Atención Quirúrgica	Informe que como mínimo contenga base de datos de los pacientes a quienes se les realizo apendicectomia que contenga información del paciente, fecha y hora de confirmación del diagnostico de apendicitis y fecha y hora de la intervención quirurgica y aplicación de la formula del indicador. *Informe de Indicador Formato institucional	IND 14- Res 408 = Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomia, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	27	H22A5 Implementación del módulo de salas quirúrgicas	Atención Quirúrgica	Líder de Atención Quirúrgica	Informe implementación con Software institucional		Junio			1				1	0					1		2	0							2	0							2	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	28	Diligenciar sistema de registro y seguimiento en la programación de cirugía	Atención Quirúrgica	Líder de Atención Quirúrgica	Base de datos de registro y seguimiento a la programación quirurgica		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	29	Reporte mensual de producción de salas de cirugia	Atención Quirúrgica	Líder de Atención Quirúrgica	Informe de producción del servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	30	Seguinmiento a la proporción de la cancelación de cirugias	Atención Quirúrgica	Líder de Atención Quirúrgica	Informe de seguimiento a la cancelación de cirugias		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	31	Realizar seguimiento a la Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida (1)	Contabilidad	Asesor financiero	* Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social. *Informe de Indicador Formato institucional	IND 5- Res 408 = [(Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en el año objeto de la evaluación, / Número de UVR producidas en la vigencia objeto de evaluación) / (Gasto de funcionamiento y operación comercial y prestación de servicios comprometido en la vigencia anterior - en valores constantes de la vigencia objeto de evaluación / Número UVR producidas en la vigencia anterior)].									0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clinico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	32	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM).	Urgencias	Líder de Urgencias	Informe de comité de Historias Clinicas de la E.S.E. que contenga como mínimo: Referencia del Acto administrativo de adopción de la guia y aplicación de la	IND 16- Res 408 =Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0

1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	33	Realizar el Análisis de mortalidad intrahospitalaria.	Hospitalización General	Líder de Hospitalización General	Analisis de indicador en almera mensual e Informe trimestral Referente o Equipo Interinstitucional, para gestión de seguridad del paciente, que minimo contega: analisis de cada una de las muertes intrahospitalaria mayor a 48 horas y aplicación de la formula del indicador.	IND 17- Res 408 = Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisada en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación/ Total de dmuertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	34	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador Res. 408: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatria	Acceso a los servicios	Líder de Acceso a los servicios	*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.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	35	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador Res. 408: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	Acceso a los servicios	Líder de Acceso a los servicios	*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 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.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	36	Realizar reporte mensual , analisis y retroalimentación oportuna del indicador Res. 408: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	Acceso a los servicios	Líder de Acceso a los servicios	*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.		1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	37	Reporte Mensual de la produccion del servicio de Asignacion de Citas	Acceso a los servicios	Líder de Acceso a los servicios	Informe de producción del servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	38	H16A8 Ubicación y señalización de las camas por sexo en observación	Urgencias	Líder de Urgencias	Registro fotografico del ajuste en el servicio		mayo - octubre			1				1	0			1				2	0							2	0	1						3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	39	Reporte mensual de la producción en el servicio de urgencia	Urgencias	Líder de Urgencias	Informe de producción del servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	40	Reporte mensual de la producción en el servicio de referencia y contrareferencia	Referencia y Contrarreferencia	Líder de Referencia y Contrarreferencia	Informe de producción del servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	41	Reporte mensual de la producción en el servicio de traslado de pacientes	Referencia y Contrarreferencia	Líder de Referencia y Contrarreferencia	Informe de producción del servicio		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	42	Revisión y actualización estructural y de soporte documental del servicio de urgencias	Referencia y Contrarreferencia	Líder de Urgencias	Plan de estructura y procesos de urgencias Informe de seguimiento trimestral		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1						3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	43	Lograr aprobación para manejo del RELAB	Laboratorio Clínico	Líder de Laboratorio Clínico	Aprobación con puntaje superior al 80% de visita de verificación de estandares para laboratorio clinico según Res 1619	porcentaje de cumplimiento de requisitos establecidos en Res 1619 de 2015	80%							0	0					1		1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	44	Reporte mensual de la producción en el servicio de Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	Líder de Laboratorio Clínico	Informe de producción del servicio	No. De informes mensuales	mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.1. Modelo de Atención	No aplica	Prestación de servicios	45	Reporte Mensual de la producción en el servicio de Imágenes Diagnosticas	Atención en Imágenes Diagnosticas	Líder de Atención en Imágenes Diagnosticas	Inmforme de produccion del Servicio	No. De informes mensuales	mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	46	Fomentar la participación del comité en la implementación de estrategias que incentiven y promuevan la cultura de seguridad del paciente.	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe con analisis de resultados de la aplicación de la encuesta de percepción de Seguridad del paciente	Porcentaje percepción de cultura de seguridad del paciente	>= 80%					1		1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	47	Definir acciones de mejoramiento de los factores criticos identificados en la percepción de cultura de seguridad del paciente que inciden en la transformación de la cultura de seguridad.	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Definir Plan de Mejoramiento	NA	1							0	0	1					1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	48	Fortalecer la cultura de reporte, investigación y análisis de eventos adversos.	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe con analisis de resultados de indicador	Porcentaje de Gestion de sucesos de seguridad del paciente	100%					1		1	0					1		2	0					1		3	0					1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	49	Implementación de prácticas seguras en la prestación de servicio	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe de seguimiento a la implementación de los paquetes instruccionales de seguridad del paciente aplicables a la institución	Buenas prácticas y procesos institucionales adoptadas	8	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	50	Realizar seguimiento a la Adherencia de prácticas seguras en la prestación de servicio	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe de seguimiento a adherencia a Buenas practicas de seguridad aplicables a la institución	Porcentaje de adherencia a las Buenas Prácticas de seguridad del paciente	60%	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	51	Realizar capacitación continua del talento humano en el programa de seguridad del paciente.	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe de resultados de la evalución de conocimientos aplicada al talleno humano capacitado en el Programa de Seguridad del paciente	Porcentaje de Adherencia al conocimiento de la politica y programa de seguridad del paciente	>= 80%							0	0					1		1	0							1	0					1		2	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	52	Realizar Cronograma de rondas de seguridad del paciente Acorde a los lineamientos definidos para la institución	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Cronograma mensual	NA	12	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	53	Ejecutar las Rondas de Seguridad del paciente acorde al cronograma establecido	Seguridad del paciente	Referente de Seguridad del paciente	Informe con hallazgos por servicios evaluado	Numero de Rondas a ejecutar en el Años	12	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	54	Búsqueda activa de las IAPMQ de notificadas al INS	Epidemiologia	Líder de Epidemiologia	Informe de seguimiento telefonico mensual con el fin de fortalecer la busqueda activa institucional		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	55	Analizar de casos identificados de IAAS por medio del stoware almera y presentar mensualmente en los comités de IAAS e indicadores	Epidemiologia	Líder de Epidemiologia	Informe consolidado del analisis de IAAS en el periodo		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	56	Definir y hacer seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de Epidemiologia	Epidemiologia	Líder de Epidemiologia	Informe de seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de Epidemiologia		Trimestral							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.3. Seguridad del Paciente	No aplica	Seguridad del paciente	57	Seguimiento al Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual.	Hospitalización General	Líder de Hospitalización General	*Informe de Indicador Formato institucional *Informe de Referente o Equipo Interinstitucional, para gestión de seguridad del paciente, que minimo contega: aplicación de la formula del indicador.	IND 15- Res 408 = Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.//Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación - Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior\.										1	0					1		2	0					1		3	0					1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	58	Definir el Programa de Control de la Gestión Hospitalaria	Atención Integral y prestación de servicios	Líder de Control de la Gestión Hospitalaria	Programa de Control de la Gestión Hospitalaria estandarizado					1				1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	59	Definir los indicadores de seguimiento del Programa de Control de la Gestión Hospitalaria	Atención Integral y prestación de servicios	Líder de Control de la Gestión Hospitalaria	Indicadores del Programa de Control de la Gestión Hospitalaria en Aplicativo	Indicadores del del Programa de Control de la Gestión Hospitalaria normalizados en Aplicativo	100%					1		1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	60	Definir Plan de Contingencia para expansión de servicios, suficiencia de capacidad Instalada y declaración de emergencia funcional	Atención Integral y prestación de servicios	Líder de Control de la Gestión Hospitalaria	Plan de Contingencia para expansión de servicios, suficiencia de capacidad Instalada y declaración de emergencia funcional									0	0			1				1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	61	H16A10 Implementar tablero de control que permita el seguimiento del procedimiento de la interconsulta, del proceso de referencia y de la ocupación de observación	Atención Integral y prestación de servicios	Líder de Control de la Gestión Hospitalaria	Tablero de control de urgencias							1		1	0					1		2	0							2	0					1		3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	62	Hacer seguimiento y analisis de los indicadores del Programa de Gestión Hospitalaria	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Indicadores del Modelo de Atención con medición y analisis	Indicadores del Modelo de Atención con medición y analisis	100%							0	0							0	0	1						1	0	1				1		3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	63	Notificación a CRUEB después de 2 horas, de los pacientes que están en proceso de remisión y que no han sido ubicados por la EAPB.	Urgencias	Líder de Urgencias	Base de datos con seguimiento de Traslados, con detalle de aquellos notificados al CRUEB		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.1. Desarrollo clínico y eficiencia Hospitalaria	1.1.2. Control de la Gestión Hospitalaria	No aplica	Prestación de servicios	64	Declarar y notificar la emergencia funcional del servicio de observación de acuerdo al comportamiento	Urgencias	Líder de Urgencias	Declaratoria de emergencias mensualmente		Mensual	1		1		1		3	0	1		1		1		6	0	1		1		1		9	0	1		1		1		12	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	Plan IAMII	IAMII	65	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Seguimiento a las acciones definidas en Programa Institucional IAMII	Programas con enfoque diferencial	Referente IAMII	Informe de seguimiento a las actividades programadas en IAMII para la vigencia	Cumplimiento metas de IAMII	60%							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	66	Desarrollar ejercicio de autoapreciación de IAMII	Programas con enfoque diferencial	Referente IAMII	Plan de Sostenibilidad Estrategia IAMII definido Plan de Mejoramiento IAMII Informe de seguimiento a las actividades programadas en IAMII para la vigencia (Sostenibilidad y mejoramiento)	NA	1							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0

1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	RIAS	67	Identificación de maternas desde el ingreso a urgencias y notificación a triage, 4. Todas las gestantes se priorizarán en la atención.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente IAMII	Informes de seguimiento a gestantes en urgencias	Cumplimiento mensual Programas Especiales		1						1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	68	Asesoría, provisión y registro del método anticonceptivo post evento obstétrico y post aborto.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente IAMII	Informe de seguimiento a la provisión de metodo anticonceptivo post evento obstétrico y post aborto.	Cumplimiento mensual Programas Especiales		1						1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	69	Definir y hacer seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de IAMII	Programas con enfoque diferencial	Referente IAMII	Informe de seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de IAMII									0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	70	Vigilar permanentemente la implementación de los 10 pasos de la estrategia en todos los momentos de la ruta de atención de población maternoinfantil	Programas con enfoque diferencial	Referente IAMII	Informe de resultado de auditoria a la mplementación de los 10 pasos de la estrategia	Porcentaje de cumplimiento de criterios								0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	71	Monitorizar los indicadores establecidos para la estrategia IAMII	Programas con enfoque diferencial	Referente IAMII	Informe de analisis de indicadores de estrategia IAMII									0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	RIAS	72	Identificar de manera mensual las gestantes de alto riesgo obstétrico y embarazos adolescentes y gestantes con criterio de morbilidad materna extrema atendidas en el Hospital Regional de Sogamoso.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Informe mensual de gestiantes con alto riesgo obstetrico	Cumplimiento mensual Programas Especiales		1						1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	RIAS	73	Realizar seguimiento post parto de las mujeres que presentan una morbilidad materna extrema.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Base de datos de seguimiento a post parto	Cumplimiento mensual Programas Especiales		1						1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	74	Elaborar el perfil epidemiológico Obstétrico 2. Determinar e identifcar las patologías de mayor impacto	Epidemiologia	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Informe perfil epidemiologico obstetrico			1						1	0	1						2	0	1						3	0	1				1		5	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	RIAS	75	Resocialización listas de chequeo, escalas de alertas tempranas y paquetes de intervención para el manejo de las principales patologías que causan mortalidad materna.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Informe con actas de socializacion con el Lineamiento institucional de atencion materno perinatal	No aplica	TRIMESTRAL							0	0	1						1	0	1						2	0	1						3	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial	1.2.1. Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral	Plan IAMII	IAMII	76	Construcción caracterización IAMII	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Envio de caracterización	Cumplimineto de RIAS	UNICO			1				1	0							1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		77	Creación manual Ruta promoción y mantenimiento por la salud por ciclo de vida *Primera Infancia *Infancia * Adolescencia *juventud *Adultez *Vejez	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Envio documento aprobado por calidad	No aplica	Creación manuales por ciclo de vida acorde normatividad 3280 del 2018							0	0					1		1	0							1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		78	Creación Manual Ruta Salud Mental	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Manual Ruta Salud Mental estandarizado	No aplica								0	0							0	0					1		1	0							1	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		79	Definir y hacer seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Informe de seguimiento al Programa especifico de capacitaciones de RIAS									0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		80	Aplicar caja de herramientas, relacionado con los lineamientos del programa de sala IRA y EDA.	Urgencias	Líder de Urgencias	Informe adherencia a las guias de practica clinica en las historias evaluadas y aplicadas en la caja de herramientas	Numero de atenciones en menores de 5 años / numero de niños atendidos menores de 5 años que se les aplico la guia practica clinica caja de herramientas	TRIMESTRAL					1		1	0					1		2	0					1		3	0					1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		81	Realizar seguimiento a Indicadores de la sala ERA de urgencias	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Matriz de indicadores	Cumplimiento trimestral IAMII	TRIMESTRAL					1		1	0					1		2	0					1		3	0					1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		82	Organizar y desarrollar 4 Taller de Emergencias Obstétricas y Simulacros de emergencias Obstetricas	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Envio de Informe con listado de Asistencia y Fotos	Cumplimiento trimestral IAMII	TRIMESTRAL					1		1	0					1		2	0					1		3	0					1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		83	Construcción caracterización del procesos RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Envio de caracterización	Cumplimineto de RIAS	UNICO			1				1	0							1	0							1	0			1				2	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		84	Realizar seguimiento a los casos de IVE que ingresan antes de las 20 semanas de gestación.	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Informe de reporte de los casos de IVE que ingresan antes de las 20 semanas de gestación	Cumplimineto de RIAS								0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
1. Integralidad y calidad de servicios	1.2. Atención Diferencial		No aplica		85	Creción de manual de ruta CARDIOVASCULAR (HTA, DIABETES, EPOC, FALLA RENAL)	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Referente Rutas integrales de atención en salud - RIAS	Base de datos de seguimiento a enfermedades no transmisibles	Cumplimiento mensual Programas Especiales	SEMESTRAL							0	0							0	0							0	0	1						1	0
2. Modernización Institucional				Prestación de servicios	86	Hacer seguimiento a la Gestión de ampliación del portafolio de servicios	Habilitacion	Referente de Habilitacion	Informe de seguimiento a la apertura de nuevos servicios	NA	Semestral							0	0							0	0	1						1	0					1		2	0
2. Modernización Institucional				Prestación de servicios	87	Ampliacion del Servicio Farmaceutico en Infraestructura y Dotacion para gestionar de forma mas adecuada la atencion con apertura de nuevos servicios	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de intervencion al area y adquisicion de dotacion	NA	Semestral							0	0					1		1	0							1	0					1		2	0
2. Modernización Institucional				Prestación de servicios	88	Gestión para la implementacón de la Central de Adecuacion de Medicamentos y solicitud de visita de certificacion	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de intervencion al area y adquisicion de equipos cumplimiento de resolucion 0444 de 2008	NA	Trimestral							0	0					1		1	0					1		2	0					1		3	0
2. Modernización Institucional	2.1. Modernización de infraestructura y ampliación de servicios	2.1.1. Gestión para inversión	No aplica	NA	89	Informar avance y seguimiento de ejecución del plan de mantenimiento hospitalario en el componente de infraestructura	Mantenimiento de la infraestructura Física	Líder de Mantenimiento de la infraestructura Física	Informe ejecución del plan de mantenimiento hospitalario en el componente de infraestructura	Porcentaje de ejecución del Plan de Mantenimiento }	80%							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
2. Modernización Institucional	2.1. Modernización de infraestructura y ampliación de servicios	2.1.1. Gestión para inversión	No aplica	NA	90	Informar las intervenciones de mejoramiento de servicios en el componente de infraestructura en la vigencia, adicionales al mantenimiento Hospitalario	Mantenimiento de la infraestructura Física	Líder de Mantenimiento de la infraestructura Física	Informe de intervenciones de mejoramiento de servicios, adicionales al mantenimiento Hospitalario	NA	Semestral							0	0							0	0	1						1	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.1. Modernización de infraestructura y ampliación de servicios	2.1.1. Gestión para inversión	No aplica	NA	91	Definir el Diagnostico tecnico, con estudio de demanda oferta para Proyecto de Ampliación de Urgencias	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Diagnostico tecnico, con estudio de demanda oferta para Proyecto de Ampliación de Urgencias	NA	1			1				1	0							1	0							1	0							1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	92	Realizar seguimiento a la implementación del nuevo sistema de información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de seguimiento a la implementación del nuevo sistema de información	Porcentaaje de implementación Sistema Información	80%							0	0	1						1	0	1						2	0	1				1		4	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	93	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan Estrtategico de Tecnologias de la Información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de seguimiento al Plan Estrtategico de Tecnologias de la Información	No de infomres programados/ No de informes ejecutados	2							0	0							0	0	1						1	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	94	Diseño del Proceso de gestión y planeación de los componentes de información institucional de acuerdo al Manual de Gobierno digital.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Documento Diseño del Proceso de gestión y planeación de los componentes de información institucional de acuerdo al Manual de Gobierno Digital	No de documentos programdos / No de documentos formulados	1							0	0	1						1	0							0	0							1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	95	Catálogo de portafolio de servicios de TI del marco de referencia de arquitectura empresarial para la gestión de TI	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Documento Catalogo de servicios de la institución basados en la normatividad vigente y la Guía para la definición del portafolio de servicios de TI del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial	No de documentos programdos / No de documentos formulados	1							0	0							0	0							0	0			1				1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	96	Verificar La ejecución y cumplimiento del plan de privacidad y seguridad de la información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Ejecución del 100 % de las actividades propuestas en el plan de seguridad y privacidad de la informacion	No de actividades programadas/ No de actividades ejecutadas	2							0	0					1		1	0							0	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	97	Verificar la ejecución y cumplimiento del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Ejecución del 100 % de las actividades propuestas en el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	No de actividades programadas/ No de actividades ejecutadas	2							0	0					1		1	0							0	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	98	Adopción Protocolo IPV6	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Realizar el plan de direccionamiento IPv6, como parte de las actividades de la fase 1 del modelo de adopción de IPv6 en su entidad (50 % de ejecución de esta fase	No de planes documentados/ No de planes realizados	1							0	0							0	0							0	0					1		1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	99	Implementación de un nuevo sistema de información para las áreas administrativas y asistenciales del hospital Regional De Sogamoso E.S.E	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Realizar el 50 % de la implementación del software DINAMICA GERENCIAL	No de Informes programados/ No de Informes ejecutados	2							0	0					1		1	0							0	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	100	Realizar publicaciones en la página WEB, de acuerdo a las solicitudes de los diferentes lideres de proceso de la institución.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	publicada en página WEB	No de publicaciones efectuadas/ No de publicaciones solicitadas	12	1		1		1		3	0	1		1		1		3	0	1		1		1		3	0	1		1		1		12	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	101	Implementación de herramienta digital para la administración del sistema de gestión integral de la calidad	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de implementación sistema de gestión integral	No de Informes programados/ No de Informes ejecutados	2							0	0					1		1	0							0	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	102	mantenimiento preventivos y correctivo a la infraestructura Tecnológica de la institución de acuerdo al cronograma de actividades enviado a la secretaria de salud vigencia 2025.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Documento con los indicadores de cumplimiento de los mantenimientos	No de documentos programados / No de documentos formulados	2							0	0					1		1	0							0	0					1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	Plan Estrategico de Tecnologias de la Informacion PETI	NA	103	Capacitar al 80 % de los trabajadores en temas relacionados con TI(ofimática básica, conceptos básicos software, hardware y datos.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Documento plan de capacitación para los grupos de interés con temas relacionados con TI	No de Capacitaciones programadas / No de capacitaciones ejecutadas	1							0	0							0	0							0	0					1		1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	104	Diseñar e implementar campañas de sensibilización dirigidas a los colaboradores, contratistas y practicantes sobre temas como el manejo de datos sensibles, ciberseguridad y protección de datos personales.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Plan de capacitaciones realizado y registro de participantes por actividad	No de actividades de capacitacion programadas/ No de actividades de capacitacion ejecutadas	1							0	0							0	0	1						1	0							1	0

2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	105	Actualizar los activos de información de la entidad	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Resolución de la aprobación de los activos de la información	No. de resoluciones realizadas.	1						0	0			1		1	0					1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	106	Actualizar la clasificación de los activos de información de acuerdo con los pilares de la seguridad de la información integridad, confidencialidad y disponibilidad	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Resolución de la aprobación de los activos de la información	No. de resoluciones realizadas.	1						0	0					0	0	1				1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	107	Revisar y ajustar metodología para la gestión de Riesgo de seguridad y privacidad de la información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Documento de actualizacion de metodologia para la gestion de riesgos de seguridad y privacidad de la informacion	Documento actualizado	1				1		1	0					1	0					1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	108	Construcción de la Matriz de riesgos seguridad y privacidad de la información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Matriz de riesdos de seguridad y privacidad de la información						1		1	0					1	0					1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	109	Realizar monitoreo a los riesdos de seguridad y privacidad de la información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de Monitoreo con acciones de mejora definidas	No de Informes programados/ No de Informes ejecutados	2						0	0				1	1	0					1	0			1			2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	110	Asegurar la interfaz entre el sistema de informacion hospitalario y los proveedores externos de Laboratorio Clinico Y De imágenes Diagnosticas RX	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de validación de la interfaz entre sistemas de informacion hospitalario y los proveedores externos, incluyendo pruebas realizadas	No de informe programados/ No de informes ejecutados	1						0	0					0	0					0	0	1					1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	111	Implementar herramientas avanzadas de monitoreo y detección de amenazas en los sistemas de información	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Registro de implementación de herramientas (facturas, contratos e informes tecnicos de configura-ción).	Seguimiento a herramientas defidos	2						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	112	H30A1 Inducción y reinducción del uso correcto del módulo de suministros dirigido al recurso humano de planta y tercerizado.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Planilla de asistencia a capacitacion, resulutados de pretest y postest	No de Capacitaciones programadas / No de capacitaciones ejecutadas	1				1		1	0					1	0					1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.1. Transformación digital	No aplica	NA	113	H30A2 Inducción y reinducción del uso correcto del módulo de Historia Clinica (plan de tratamiento y órdenes médicas), dirigido al recurso humano de planta y tercerizado.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Formatos de asistencia. Presentación, pretest y post tes	No de Capacitaciones programadas / No de capacitaciones ejecutadas	1				1		1	0					1	0					0	0						0	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	114	Hacer seguimiento a la debida implementación del Programa de Gestión de la Tecnologia Biomedica	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Informe de seguimiento Programa de Gestión de la Tecnologia Biomedica	seguimiento Programa de Gestión de la Tecnologia Biomedica							0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	115	Documentar herramienta de evaluación para la adquisición de los Equipos Biomédicos	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Herramienta de evaluación para la adquisición de los Equipos Biomédicos	Normalización de la Herramienta de evaluación para la adquisición de los Equipos Biomédicos	1		1				1	0					1	0					1	0						1	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	116	Documentar y socializar las guias rapidas de manejo de equipo biomedico	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología 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	0,5				1		1	0			1		2	0				1	3	0				1		4	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	117	Implementación de guias rapidas de manejo equipo biomedico	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Informe del despliegue guias rapidas de manejo equipo biomédico	No. De guias rapidas de manejo de equipo biomédico normalizadas/Total de equipos biomédicos nivel riesgo IIA Y IIB	0,1						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	118	Seguimiento cronograma de mantenimiento anual de equipo biomédico y hacer seguimiento	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Informe de cronograma de mantenimiento anual de equipo biomédico y seguimieno de su cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento de actividades del plan de mantenimiento de equipo biomédico	0,9						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	119	Realizar monitoreo de la renovación de tecnologia biomedica	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Informe semestral de seguimiento a la renovación de la Tecnologia Biomedica	Renovación de la Tecnologia biomedica	30%						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
2. Modernización Institucional	2.2. Gestión de la Tecnología	2.2.2. Gestión de la tecnología biomédica	No aplica	Gestión de la Tecnologia	120	Realizar monitoreo a la incorporación de nueva tecnologia biomedica	Gestión de la Tecnología Biomédica	Líder de Gestión de la Tecnología Biomédica	Informe semestral de seguimiento a la incorporación de nueva tecnologia biomedica	Renovación de la Tecnologia biomedica	15%						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero		No aplica	NA	121	Seguimiento y proyeccion al Resultado equilibrio presupuestal Con recauado.	Presupuesto	Líder de Presupuesto	Informe en formato establecido para analisis indicadores Resol. 408	Indicador No. 9: Resultado equilibrio presupuestal Con recauado.							0	0	1				1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	Prestación de servicios	122	Vigilar el comportamiento de producción de servicios a nivel institucional	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Informe de seguimiento a producción de servicios							0	0	1					1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	Prestación de servicios	123	Hacer seguimiento al Ingreso reconocido por UVR	Atención Integral y prestación de servicios	Director de prestación de servicios	Informe de seguimiento al ingreso por UVR producida	Incremento del ingreso por UVR producida	12%						0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	Prestación de servicios	124	Hacer seguimiento de valor de venta de servicios de salud	Facturación	Líder de Facturación	Informe de seguimiento a la Facturación de servicios de salud	Variación de la facturación entre vigencias	12%						0	0	1				1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	125	Actualizar los contratos con sus soportes y lista de chequeo	Mercadeo	Líder de Mercadeo	Informe de los Contratos legalizados con soportes y lista de chequeo	Contratos con carpetas legalizadas	100%				1		1	0			1		2	0				1	3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	126	Seguimiento a la parametrización de los contratos en el sistema y sus condiciones	Mercadeo	Líder de Mercadeo	Informe de los contratos parametrizados en el sistema con tarifas pactadas	Cumplimiento de la parametrización en el sistema	100%				1		1	0			1		2	0				1	3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	127	Presentar ofertas de servicios a nuevos clientes potenciales para mejorar la productividad	Mercadeo	Líder de Mercadeo	Informe de las propuestas presentadas a los nuevos clientes	Contratos legalizados con nuevos clientes	100%				1		1	0			1		2	0				1	3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	128	Hacer seguimiento de egresos pendientes de facturar	Facturación	Líder de Facturación	Informe de seguimiento a los egresos no facturados en el mes	Total de egresos no facturados en la vigencia sobre total de admisiones generadas en la misma vigencia	<2%		1		1		2	0	1		1		5	0	1		1		8	0	1		1	1		11	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	129	Hacer seguimiento de facturas no radicadas ante la entidad responsable de pago	Facturación	Líder de Facturación	Informe de seguimiento a la facturación pendiente de radicar en el mes	Total de facturas no radicadas en la vigencia sobre total de facturas generadas en la vigencia	<4%		1		1		2	0	1		1		5	0	1		1		8	0	1		1	1		11	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	130	Hacer seguimiento a las devoluciones generadas por las diferentes EAPB	Facturación	Líder de Facturación	Informe de seguimiento a la disminución de las devoluciones recibidas en el trimestre	Valor total de las facturas devueltas en la vigencia sobre el valor total de las facturas devueltas en la vigencia anterior	≤2%						0	0	1				1	0	1				2	0	1					3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	131	Hacer seguimiento y control de la glosa aceptada	Cuentas Medicas	Líder de Cuentas Medicas	Informe de seguimiento y gestion de la glosa	Porcentaje de glosa aceptada frente al valor facturado de la vigencia	1,70%						0	0	1				1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	132	Hacer seguimiento a la rcepcion de la glosa, pagos y conciliacion de glosa	Cuentas Medicas	Líder de Cuentas Medicas	Informe mensual de comité de cartera	Validacion y verificacion del cumplimiento de actividades asigndas durante el comité de cartera	100%		1		1		2	0	1		1		5	0	1		1		8	0	1		1	1		11	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	133	Hacer seguimiento y control de las actas de conciliacion	Cuentas Medicas	Líder de Cuentas Medicas	Informe de seguimiento de actas de conciliacion	verificacion de las notas credito	100%		1		1		2	0	1		1		5	0	1		1		8	0	1		1	1		11	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	134	Depurar, Conciliar y Actualizar la Cartera con las Entidades responsables de Pago activas	Cartera	Líder de Cartera	Informe de seguimiento a la depuración, conciliación y actualización de cartera con ERP	Porcentaje de ERP activa con cruces de cartera	100%						0	0	1				1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	135	Realizar seguimiento y evaluación a los proveedores según las obligaciones pactadas en los contratos correspondientes, aspectos como calidad, tiempo de entrega, capacidad de abastecimiento y/u otros aspectos que se requieran	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de evaluación de proveedores	NO APLICA							0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	136	Realizar toma física en la bodega de almacén con el fin de verificar la información reportada en sistema y los bienes en físico.	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de inventario general de bodega principal de almacen	No. De inventario general de bodega principal de almacen	1						0	0					0	0					0	0				1		1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	137	Realizar toma física en la bodega de almacén con el fin de verificar la información reportada en sistema y los bienes en físico de forma aleatoria	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de inventario aleatorio de bodega principal de almacen	No. De inventario aleatorio de bodega principal de almacen	3						0	0		1			1	0				1	2	0				1		3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	138	Realizar un informe bimensual de la asignación y actualización de los activos fijos	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de la asignación y actualización de los activos fijos	NO APLICA							0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	139	Realizar informe de depreciación de bienes de manera semestral	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	informe de depreciación de bienes								0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	140	Realizar la toma física del inventario de acuerdo al cronograma establecido para cada área.	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de inventario de activos fijos								0	0	1				1	0		1			2	0				1		3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	141	Realizar procesos de bajas de inventarios de activos fijos de la entidad	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe de baja de activos fijos del HRS y UBA´s								0	0			1		1	0					1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	142	Generar informe periódico detallado de los bienes y equipos adquiridos para entregar a Asegurador	Gestión de Bienes y Activos	Líder de Gestión de Bienes y Activos	Informe detallado de bienes y equipos para entrega a asegurador)								0	0			1		1	0					1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	143	H1A3 H10A1 Verificar la minuta contractual con la descripción y anexos descritos con las EAPB, manteniendo el expediente completo y actualizado. - Formalización lista de chequeo legalización contratos con EAPB, archivo físico	Mercadeo	Líder de Mercadeo	Lista de chequeo legalización contratos con EAPB (normalizada), informe de contratación con detalle de contratos legalizados y archivados debidamente.	Porcentaje de contratos con EAPB actualizados	90%				1		1	0			1		2	0				1	3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	144	H31A2 Actualizar el sistema contable que permita registrar de manera adecuada los costos de los servicios ofrecidos.		Líder de Costos	Informe sobre el registro de los costos de los servicios ofertados	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0					1	0					1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	145	Adelantar seguimiento a la proyección de procesos contractuales durante la vigencia	Contratacion	Líder de Contratacion	Informe de seguimiento a contratación en la vigencia	No aplica							0	0					0	0	1				1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	146	H32A1 Adelantar el proceso precontractual y contractual para adquirir los medicamentos que requiere la entidad, aplicando el Estatuto de Contratación y el procedimiento previsto en el Manual de Contratación.	Contratacion	Líder de Contratacion	Informe de los procesos contractuales de adquisicion de medicamentos	No de informes programados/ No de informes ejecutados							0	0	1				1	0	1				2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	147	H32A2 Parametrizar en el software institucional el valor de venta de los medicamentos regulados y no regulados.	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de la parametrizacion solicitada a Sistemas	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0			1		2	0					2	0				1		3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	148	H32A3 Comunicar y socializar al inicio del contrato o cuando surja modificaciones, la tabla de precios de medicamentos a las diferentes EAPB.		Líder de Mercadeo	Resolucion de precios de medicamentos y dispositivos socializado a las diferentes EAPB						1		1	0			1		2	0					2	0				1		3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	149	H32A4 Realizar programación de seguimiento a la parametrización de la tabla de precios en el software institucional.	Mercadeo	Líder de Farmacia	Cronograma de seguimiento e informe del registro en el software de los precios de medicamentos e insumos						1		1	0			1		2	0					2	0				1		3	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	150	H33A1 Verificar la información registrada de la orden de pago vs comprobante de egreso, mediante auditoria periodica.	Tesorería	Líder de Tesorería	Informe de auditoria aleatoria a las ordenes de pago vs comprobante de egreso	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0			1		2	0			1		3	0				1		4	0

3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	151	H30A3 Realizar inventarios general y aleatorios con análisis de diferencias.	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de inventarios generales realizados	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	152	H30A4 Realizar conciliación entre la toma física del inventario y el módulo de suministros.	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de inventarios generales realizados	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	153	H30A5 Realizar la actualización entre el módulo de suministros y el módulo contable.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de actualizacion en el software	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	154	H30A6 Realizar seguimiento a los inventarios realizados y conciliados.	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe de seguimiento a diferencias en inventarios generales realizados.	No de informes programados/ No de informes ejecutados					1		1	0				1		2	0				1		3	0				1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	155	H25A6 Revisión trimestral por parte de farmacia, y calidad de carros de paro y kits de los servicios.)	Farmacia	Líder de Farmacia	Informe sobre la auditoria de los carros de paro y kits	NA	Trimestral						0	0						0	0						0	0						0	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	156	H1A2 Incorporar en la Base de datos existente de tutelas, información requerida por la normatividad vigente.	Gestion Juridica	Líder de Gestion Juridica	Base de datos de tutelas con: "fallo", "Fallo en segunda instancia" y "Seguimiento,Cumplimiento".	Seguimiento de tutelas	2						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	157	H7A1 Cronograma de sesiones ordinarias del Comité de Conciliación, para la vigencia 2024, de acuerdo a la normatividad vigente.	Gestion Juridica	Líder de Gestion Juridica	Cronograma de sesiones ordinarias del Comité de Conciliación, para la vigencia 2025, de acuerdo a la normatividad vigente. Y actas de comité debidamente suscritas	Comites mensuales	2						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.1. Sostenibilidad y crecimiento financiero	3.1.1. Recaudo efectivo	No aplica	NA	158	H8A1 Continuar con la aplicación de la Política y metodología adoptada e implementada en el Hospital Regional de Sogamoso ESE, contenidos en el Procedimiento Contable para el Registro de los Procesos Judiciales, Arbitrajes, Conciliaciones Extrajudiciales y Embargos sobre Cuentas Bancarias.	Gestion Juridica	Líder de Gestion Juridica	Informe de registro de procesos judiciales, Arbitrajes, Conciliaciones Extrajudiciales y Embargos sobre Cuentas Bancarias.	Seguimientos realizados en el año	2						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público		No aplica	NA	159	Seguimiento al desempeño institucional en materia de implementación del MIPG	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de seguimiento al desempeño institucional en materia de implementación del MIPG	Indice de desempeño Institucional	58%						0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público		No aplica	NA	160	Realizar el seguimiento al Programa de Transparencia y ética pública	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Informe de seguimiento a la ejecución del programa de Transparencia y Etica Publica	Porcentaje de cumplimiento del Programa de transparencia y etica publica en el periodo.	90%						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	161	Capacitación al personal en política y Programa de Gestión del riesgo	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de medición de conocimiento Politica y Programa de Gestión del riesgo	Cumplimiento de Jornadas de capacitación en Gestión del riesgo	100%	1					1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	162	Adelantar la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción institucional en aplicativo dispuesto.	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Mapa de Riesgos de Corrupción	Matriz de riesgos de corrupción definida	1	1					1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	163	Divulgación del Mapa de Riesgos de Corrupción, Opacidad o Fraude SICOF e Informes de Seguimiento en Portal web para consulta ciudadana.	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Cargues actualizados en Pagina web de Mapa de Riesgos de Corrupción e informes asociados.			1					1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	164	Monitorear ejercicio de gestión de riesgos de corrupción, Opacidad o Fraude SICOF y retroalimentar a los líderes de proceso	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informes de Monitoreo a Riesgos por procesos, emitido por la Oficina de Planeación.	Monitoreo a riesgos anual	2						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	165	Elaborar cronograma de Seguimiento a Riesgos y comunicarlo a los procesos de la entidad	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Cronograma de seguimiento a riesgos Correo electrónico	Porcentaje de cumplimiento del cronograma de seguimiento a riesgos	100%						0	0	1						1	0			1			2	0						2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	166	Realizar evaluación independiente al mapa de riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	3 Informes de seguimiento y evaluación de riesgos	(Seguimientos a riesgos realizados en el año/Total de seguimiento a riesgos a realizar según normatividad) x 100	100%						0	0			1			1	0					1	2	0						2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	167	Publicar los resultados del seguimiento a Riesgos	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	3 publicaciones de informe en página wed de la entidad	(N° de informes de seguimiento a riesgos publicados/N° de informes de seguimiento a riesgos realizados en el año) x 100	100%						0	0			1			1	0					1	2	0						2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	168	Fomentar la realización del curso e-learning de la UIAF Modulo General en los funcionarios relacionados con riesgos LA/FT/FP.	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Soporte de capacitación	Funcionarios con capacitación efectiva en UIAF/ Total de inscritos en curso UIAF	100%						0	0						0	0						0	0	1					1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	169	Verificación de presentación y registro general de Declaración de bienes y renta y conflictos de interés de contratistas.	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe de cumplimiento del requisito								0	0						0	0			1			1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	170	Cargue informe mensual de UIAF	Direccionamiento Estrategico	Oficial de cumplimiento SICOF Y SARLATF	Pantallazo de cargue oportuno.	Cargue de informe UIAF mensual	12	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1	12	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	171	Adelantar y presentar informe de seguimiento a la gestión del riesgo de LA/FT/FP ante junta directiva	Direccionamiento Estrategico	Oficial de cumplimiento SICOF Y SARLATF	Informe semestral de gestión del riesgo de LA/FT/FP, ante Junta Directiva	Informes presentados ante junta directiva de SICOF Y SARLAFT	2						0	0				1		1	0						1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	172	Disponer de correo electrónico y línea anticorrupción con enlace directo a asesor de control interno.	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Vínculo en funcionamiento en pág. web.	No aplica					1		1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	173	Realizar campañas de promoción de correo electrónico y línea anticorrupción para denuncia de posibles casos de corrupción	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Vínculo en funcionamiento en pág. web.	No aplica					1		1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	174	Disponer el PTEP preliminar en la sección de participa de la pagina web para conocimiento y observación ciudadana	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Vínculo en funcionamiento en pág. web.	No aplica		1					1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	175	Participar de manera activa en Comité Departamental de Auditoria y en Comité Departamental de Gestión y Desempeño	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Acta de jornada	No aplica							0	0						0	0						0	0			1			1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	176	Participar de manera activa en Comité Departamental de Auditoria y en Comité Departamental de Gestión y Desempeño	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Acta de jornada	No aplica							0	0						0	0						0	0			1			1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	177	Presentar en Comité de Gestión y Desempeño, el seguimiento general al PTEP para análisis y toma de decisiones	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Acfa de Comité	No aplica							0	0						0	0						0	0			1			1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	178	Actualizar y fortalecer la gestión Comité de Ética Hospitalaria, en el ejercicio de implementación del Plan de participación social en salud	Atención al usuario y su familia	Líder de Atención al usuario y su familia	Resolución de actualización de comités Actas de comités	Número de comites desarrollados en el año	12						0	0	1					1	0	1					2	0	1			1		4	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	179	Hacer seguimiento al cumplimiento de las exigencias de Transparencia y Acceso a la Información (En materia de divulgación de información)	Gestión de la información	Líder de Gestión de la información	Informe de seguimiento al cumplimiento de las exigencias de Transparencia y Acceso a la Información (En materia de divulgación de información)	Indice de Transparencia y Acceso a la Información							0	0						0	0			1			1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	180	Adelantar gestión análisis al debido tramite de PQRSD	Atención al usuario y su familia	Líder de Atención al usuario y su familia	Informe de gestión de PQRSD	Gestión de PQRSD	100%	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		1	12	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	181	Realizar seguimiento a la gestión de PQRSDF	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Informe de seguimiento a la gestión de PQRSDF								0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	182	Definir y divulgar protocolo de atención con enfoque diferencial	Atención al usuario y su familia	Líder de Atención al usuario y su familia	Protocolo de atención con enfoque diferencial y soportes de capacitación	No aplica					1		1	0						1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	183	Desarrollar campaña comunicativa de sensibilización y apropiación del Código de Integridad.	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de campaña	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica / Plan Estrategico de Talento Humano	Transparencia y Etica Publica	184	Definir y aplicar estrategia de divulgación Código de Integridad a todo nivel de la organización	Transformación Cultural	Referente de Transformación Cultural	Informe de jornadas de divulgación	Cumplimiento de acciones de divulgación del Cod de Integridad	100%						0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	185	Divulgación general de condiciones y metodología para desarrollar la estrategia de rendición pública de cuentas y el ejercicio de participación ciudadana	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Piezas gráficas, boletines, producción del minuto a minuto, reglamento de rendición de cuentas.	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	186	Consolidar informe a presentar a ciudadanía para ejercicio de rendición de cuentas	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de Gestión de la vigencia Presentación para Audiencia de Rendición de cuentas	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	187	Realizar transmisión en vivo (YouTube) de la audiencia de RPC	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de evaluación del ejercicio de Rendición de cuentas, con detalle de transmisión	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	188	Evaluar la percepción ciudadana de participantes en el evento y a través de los mecanismos de transmisión en línea.	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de evaluación del ejercicio de Rendición de cuentas, con detalle de evaluación de la percepción	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	189	Publicar video de audiencia de rendición de cuentas en página web para acceso permanente	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Link de acceso a publicaciones	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	190	Aplicar formatos para población con discapacidad en cada una de las trasmisiones de rendición de cuentas.	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Link de acceso a publicaciones	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.1. Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	Transparencia y Etica Publica	191	Desarrollar informe de evaluación del desarrollo de la estrategia de rendición de cuentas.	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Informe de evaluación del desarrollo de la estrategia de rendición de cuentas	No aplica							0	0			1			1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	192	Seguimiento al cumplimiento del Plan Institucional de Archivos	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Informe de seguimiento a la ejecución del PINAR	Porcentaje de cumplimiento del PINAR en el periodo	90%						0	0						0	0						0	0						0	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	193	Actualizar la politica de Gestion Documental del Hrs	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Resolukicion de adopcion de Politica de Gestion Docuemntal	No. De Politica de gestión documental formuladas y socializadas	1						0	0	1					1	0						1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	194	Actualizacion de Tablas de Retencion Docuemntal del HRS	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Tablas de Retencion Documental actualizadas	Tablas de retencion actualizadas	1						0	0						0	0	1					1	0						1	0

3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	195	Inscripción de las TRD en registro único de series documentales –RUSD- AGN	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Inscripcion en registro Unico de Series Documentales	NA	1						0	0						0	0	1				1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	196	Convalidación de TRD consejo departamental de archivos con Archivo General	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Concepto tecnico emitido por el consejo departamental de archivos con archivo general	NA	1						0	0						0	0					0	0	1					1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	197	Diseño y formulación del Plan de preservación digital	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Plan de Preservacion digital Normalizado	No. De Planes programados/ No de planes ejecutados	1						0	0	1					1	0					1	0						1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	198	Socializar el Programa de Gestión Documental con el personal	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Planillas de socializacion	No. Procesos con capacitación eTotal de procesos							0	0						0	0					0	0	1					1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	199	Diseño y formulación del manual del sistema integrado de conservación	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Manual del sistema integrado de conservacion normalizado	No de manuales programados/ No de manuales ejecutados	1						0	0						0	0					0	0				1		1	0
3. Eficiencia y Trasparencia en la Gestión	3.2. Valor Público	3.2.2. Plan Institucional de Archivos	PINAR	Gestión documental	200	Formulacion e implementacion del programa de gestion Documental para la HRS E.S. E	Gestión Documental	Líder de Gestión Documental	Programa de Gestion documental normalizado	No. Programas de Gestion documental programados/ No de programas de gestiopn documental formulados e implementados	4						0	0	1					1	0	1				2	0	1			1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	201	Establecer herramienta de programación institucional del proceso de implementación de la nueva organización por procesos	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Herramienta de programación institucional del proceso de implementación de la nueva organización por procesos	NA	1				1		1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	202	Realizar Seguimiento a la Implementación de la nueva organización por procesos desde el enfoque del PHVA	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Informe de seguimiento a la implementación de la nueva organización por procesos con enfoque en ciclo PHVA	Porcentaje de implementación de la nueva organización por procesos	60%				1		1	0				1		2	0				1	3	0				1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	203	Definir Plan de auditorias para la totalidad de servicios inscritos ante el REPS	Mejoramiento continuo	Referente de Habilitacion	Plan de Auditorias de Habilitación	NA	1	1					1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	204	Adelantar seguimiento y control del mantenimiento de condiciones de habilitación en la totalidad de servicios inscritos ante el REPS	Mejoramiento continuo	Referente de Habilitacion	Informe de seguimiento a las condiciones de habilitación	Porcentaje de servicios inscritos con autoevaluación de habilitación desarrollada	100%	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		12	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	205	Establecer Metodologia institucional para realizar la autoevaluación de estándares superiores de calidad acorde al sistema único de acreditación, alineado con el PAMEC institucional, con el fin de afianzar el mejoramiento a todos los niveles de la institución.	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Procedimiento para la autoevaluación del sistema único de acreditación alineado con el pamec institucional	NA	1	1					1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	206	Conformar equipos de mejoramiento continuo de la calidad mediante acto administrativo	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Resolución de conformación de equipos de mejoramiento Institucional	NA	1	1					1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	207	Realizar Capacitación a los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en metodologia de Autoevaluación de estándares superiores de calidad	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Informe con resultados de evaluación aplicada al equipo de mejoramiento continuo	>= 60%	1	1					1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	208	Realizar la autoevaluación de estándares superiores de calidad acorde al sistema único de acreditación, alineado con el PAMEC institucional, con el fin de afianzar el mejoramiento a todos los niveles de la institución.	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	PAMEC con concepto favorable emitido por ente territorial	Promedio de la calificación de la autoevaluación la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1	1					1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	209	Elaborar Informe de seguimiento a la ejecución de las oportunidades de mejora definidas en el PAMEC 2025 por grupo de estándares y ejes de acreditación.	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Informe de Seguimiento con analisis de brechas	NA	4						0	0	1					1	0	1				2	0	1					3	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.1. Mejoramiento Continuo	No aplica	Calidad	210	Capacitar al talento humano del Hospital Regional de Sogamoso ESE acorde al rol definido para el uso del Software SGI-Almera	Mejoramiento continuo	Líder de Mejoramiento continuo	Informe con resultados de evaluación aplicada al personal Capacitado en el uso del SGI-Almera	Porcentaje de talento humano capacitado en el uso del Software Almera	90%	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		12	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	211	Realizar seguimiento a la ejecución de acciones del Programa de Humanización	Humanizacion	Líder de Humanización	Informe de seguimiento a la ejecución de las acciones definidas para la vigencia en el Programa de Humanización	Porcentaje de ejecución de las acciones del Programa de Humanización	30%				1		1	0				1		2	0				1	3	0				1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	212	Socializacion de la Politica de Humanizacion dirigida al cliente interno del HRS	Humanizacion	Líder de Humanización	Listas Control de Asistencia	Porcentaje de colaboradores capacitados	80%						0	0	1					1	0			1			2	0				1		3	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	213	Medición de la adherencia a la politica de Humanizacion en el cliente interno del HRS	Humanizacion	Líder de Humanización	Informe de avance de la adherencia del cliente interno hacia la politica	Porcentaje de adherencia	80%						0	0	1					1	0			1			2	0				1		3	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	214	Diseño del Decálogo de Humanización	Humanizacion	Líder de Humanización	Decálogo diseñado	Entrega de Decalogo aprobado	100%				1		1	0						1	0					1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	215	Capacitaciones en temas de Humanización dirigidas al cliente interno	Humanizacion	Líder de Humanización	Listados de asistencia	Porcentaje de capacitaciones ejecutadas	70%		1				1	0	1			1		3	0			1			4	0	1			1		6	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	216	Comité de Humanización	Humanizacion	Líder de Humanización	Actas de Comité	Numero de Comites desarrollados	100%	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		12	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	217	Caracterización de personal vinculado al Hospital Regional de Sogamoso	Humanizacion	Líder de Humanización	Documento de caracterización	Porcentaje de personas caracterizadas	80%						0	0				1		1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	218	Seminario de Humanización	Humanizacion	Líder de Humanización	Listados de asistencia, informe de Seminario	Seminario Realizado	100%						0	0						0	0			1			1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	219	Reconocimiento al servicio y colaborador más Humanizado	Humanizacion	Líder de Humanización	Informe de Felicitaciones de acuerdo a lo encontrado en Buzones de Sugerencias	Porcentaje de Felicitaciones por servicio y colaborador	100%				1		1	0				1		2	0				1	3	0				1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	220	Diseño de Protocolo de Bienvenida	Humanizacion	Líder de Humanización	Protocolo parametrizado en ALMERA	Entrega de Decalogo aprobado	100%		1				1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	221	Diseño de Manual del Buen Trato	Humanizacion	Líder de Humanización	Protocolo parametrizado en ALMERA	Entrega de Decalogo aprobado	100%		1				1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	222	Diseño de Protocolo Lila	Humanizacion	Líder de Humanización	Protocolo parametrizado en ALMERA	Entrega de Decalogo aprobado	100%		1				1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	223	Diseño de Protocolo de Intimidad	Humanizacion	Líder de Humanización	Protocolo parametrizado en ALMERA	Entrega de Decalogo aprobado	100%		1				1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	224	Talleres en temas de Humanización dirigidas al cliente externo	Humanizacion	Líder de Humanización	Listados de asistencia	Porcentaje de talleres ejecutados	70%		1				1	0	1			1		3	0			1			4	0	1			1		6	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.2. Humanización	No aplica	Humanización	225	Medición de la percepción de la atención Humanizada en cliente externo	Humanizacion	Líder de Humanización	Informe de Percepción del Cliente externo	Porcentaje de la percepción en la atencion humanizada	80%	1		1		1	3	0	1		1		1	6	0	1		1		1	9	0	1		1		12	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.3. Gestión del Riesgo	No aplica	Gestión del riesgo	226	Adoptar e implementar ciclo de riesgos para los Subsistemas adoptados en la Institución	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Matriz de riesgos por procesos	Porcentaje de procesos con ejercicio de gestión del ciclo de riesgos en subsistemas priorizados	50%				1		1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.3. Gestión del Riesgo	No aplica	Gestión del riesgo	227	Monitoreo a la implementación del ciclo de riesgos para los Subsistemas adoptados en la Institución	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de monitoreo de riesgos	Porcentaje de procesos con ejercicio de monitoreo de riesgos	100%						0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.3. Gestión del Riesgo	No aplica	Gestión del riesgo	228	Realizar seguimiento a la implementación del ciclo de riesgos para los Subsistemas deSubsistemas adoptados en la Institución	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Informe de seguimimiento de riesgos	Porcentaje de procesos con ejercicio de seguimiento de riesgos	100%						0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.3. Gestión del Riesgo	No aplica	Gestión del riesgo	229	H2A2 Seguimiento al cargue oportuno de los informes aplicables en circular unica por parte de los líderes de procesos	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Registro de cumplimiento de cargue de informes en programador de informes.		12				1		1	0				1		2	0				1	3	0				1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.4. Transformación cultural	No aplica	Gestión del riesgo	230	Hacer seguimiento a la ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones	Transformación Cultural	Referente de Transformación Cultural	Informe de ejecución Plan de capacitaciones	Porcentaje de ejecución del Plan Institucional de Capacitaciones	100%						0	0	1					1	0	1					2	0	1			1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.4. Transformación cultural	No aplica	Gestión del riesgo	231	Reorganizar la inducción especifica de puesto de trabajo a traves de definición de planes de inducción por sub proceso Priorizado	Transformación Cultural	Referente de Transformación Cultural	Planes de inducción especifico por sub proceso	Suprocesos con planes de inducción especifico por sub proceso definidos	10						0	0	1					1	0	1					2	0	1			1		4	0
4. Camino a la Excelencia	4.1. Hacia la acreditación	4.1.4. Transformación cultural	No aplica	Gestión del riesgo	232	Realizar seguimiento a la estrategia de promoción y desarrollo de competencia de liderazgo en responsables de procesos a nivel institucional	Transformación Cultural	Referente de Transformación Cultural	Informe de equimiento a la estrategia de promoción y desarrollo de competencia de liderazgo en responsables de procesos a nivel institucional	NA	Trimestral						0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
4. Camino a la Excelencia	4.2. Incursionando en el ejercicio de investigación e innovación	4.2.1. Gestión del conocimiento y la innovación	No aplica	Gestión del conocimiento y la innovación	233	Definir el Programa de Gestión del Conocimiento y la Innovación Institucional	Docencia, Gestión del conocimiento	Líder de Docencia, Gestión del conocimiento	Programa de Gestión del Conocimiento y la Innovación Institucional	NA			1				1	0						1	0						1	0						1	0
4. Camino a la Excelencia	4.2. Incursionando en el ejercicio de investigación e innovación	4.2.1. Gestión del conocimiento y la innovación	No aplica	Gestión del conocimiento y la innovación	234	Seguimiento a los convenios docencia servicio con enfoque en la proyección del Programa de Gestión del Conocimiento y la Innovación Institucional	Docencia, Gestión del conocimiento	Líder de Docencia, Gestión del conocimiento	Informe de seguimiento ala relación Docencia Servicio de acuerdo con enfoque del Programa de Gestión del Conocimiento y la Innovación Institucional	NA							0	0						0	0	1					1	0				1		2	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	235	Definir y aplicar mecanismo de evaluación de la percepción ciudadana sobre la gestión pública desarrollada por el Hospital	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Mecanismo e informe de evaluación de la percepción ciudadana sobre la gestión pública desarrollada por el Hospital	Pocentaje de opinion favorable con respecto a la gestión publica de la E.S.E.	75%						0	0						0	0	1					1	0						1	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	236	Hacer seguimiento al cumplimiento de las exigencias de Transparencia y Acceso a la Información (En materia de divulgación de información)	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de seguimiento al cumplimiento de las exigencias de Transparencia y Acceso a la Información (En materia de divulgación de información)	Indice de Transparencia y Acceso a la Información	70%						0	0						0	0			1			1	0						1	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	237	Seguimiento a la estrategia de comunicación y posisionamiento institucional	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de seguimiento del Plan Estrategico de Comunicaciones	NA	Trimestral				1		1	0				1		2	0				1	3	0				1		4	0

5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	238	Emitir y divulgar Boletínes de prensa en pagina web	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de emisión de Boletines de prensa	Numero de boletines publicados al mes	1			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	239	Emitir de programa radial	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de emisión de programas radiales	Numero de programas emitidos mes/ Total de programas proyectados en el mes	3			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	240	Diseñar y emitir Publicaciones redes sociales con contenido institucional	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de seguimiento a redes sociales	Numero de interaciones en el mes, sobre el numero de seguidores de la pagina	15			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	241	Producir y emitir Videos insitucionales para circuito cerrado de tv y redes sociales	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones		Numero de videos realizados al mes	2			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	242	Diseñar piezas digitales e impresas requeridas por los diferentes procesos y/o servicios	Comunicaciones	Líder de Comunicaciones	Informe de diseño de piezas publicitarias	Numero de piezas impresas en el mes	12			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	243	Realizar la gestión y seguimiento al mejoramiento de canales de atención e información al usuario, trámites administrativos y acompañamiento en su atención	Atención al usuario y su familia	Líder de Atención al usuario y su familia	Informe de seguimiento de canales de atención e información al usuario, trámites administrativos y acompañamiento en su atención	No aplica					0	0	1			1	0	1			2	0	1		1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	244	Actualizar estadísticas relacionadas con los trámites en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Pantallazos de cargue completa de información de estadísticas de tramites.	Tramites con estadisticas vigiladas	100%				0	0	1			1	0	1			2	0	1		1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	245	Generar la racionalización de al menos un trámite institucional, aplicando la estrategia definida por DAFP.	Planeacion Institucional	Líder de Planeación Institucional	Informe de racionalización de Tramite generado por aplicativo SUIT.	Tramite racionalizado	1				0	0				0	0		1		1	0				1	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	Programa de Transparencia y Ética Publica	NA	246	Realizar Seguimiento y control de la aplicación de la estrategia anti tramites	Control interno de gestión	Asesor de Control interno de gestión	Informe de Seguimiento y control de la aplicación de la estrategia anti tramites emitido por la oficina de Control Interno.	Tramite racionalizado con seguimiento	1				0	0				0	0			1	1	0				1	0
5. Bienestar colectivo	5.1. Gestión social y Comunitaria	5.1.1. Servicio al Ciudadano	No aplica	NA	247	Definir y hacer seguimiento a la ejecución de acciones del Plan de Participación Social en Salud de la Institución y sedes	Atención al usuario y su familia	Líder de Atención al usuario y su familia	Informe de seguimiento a la ejecución de acciones del Plan de Participación Social en Salud de la Institución y sedes	NA	Trimestral				0	0	1			1	0	1			2	0	1		1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	248	Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones del Plan de Bienestar e incentivos	Administración del Talento Humano	Referente de Transformación Cultural	Informe de ejecución Plan de Bienestar	Porcentaje de ejecución del Plan de Bienestar e Incentivos	90%				0	0	1			1	0	1			2	0	1		1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	249	Verificar hojas de vida con sus respectivos soportes para su respectiva aprobación	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe Sigep II						0	0			1	1	0				1	0			1	2	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	250	Conducir, Promover y realizar las jornadas de inducción y reinducción de acuerdo con el ingreso de personal	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe trimestral de ejecución del plan Institucional de Capacitación					1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	251	Informar a la Comisión Nacional del Servicio Civil los ingresos y retiros de funcionarios	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Plan Actualizado						0	0				0	0				0	0				0	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	252	Aplicar instrumento de medición de Clima, analizar y consolidar resultados	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe del resultado de la aplicación del instrumento						0	0				0	0				0	0			1	1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	253	Acuerdos de gestión establecidos entre los gerentes públicos y el gerente, donde se concertan los compromisos anualmente de acompañamiento a la gestión institucional	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe de seguimiento a Acuerdos de Gestión suscritos						0	0				0	0				0	0			1	1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	254	Aplicar la evaluación de desempeño al 100% de los funcionarios inscritos en registro público de carrera administrativa	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe de Evaluación de desempeño de la vigencia	Servidores públicos con evaluación de desempeño en la vigencia}	100%		1		1	0				1	0		1		2	0				2	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	255	Análisis y aplicación gradual de la Estrategia Formalización de la planta temporal de los cargos que se van a proveer de acuerdo con el estudio técnico presentado a la secretaria de Salud de Boyacá para su respectiva viabilización.	Administración del Talento Humano	Líder de Administración del Talento Humano	Informe de seguimiento a la estrategia de formalización del empleoi						0	0				0	0				0	0			1	1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral	5.2.1. Plan Estrategico de Talento Humano	Plan Estrategico de Talento Humano	NA	256	Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe de ejecución Plan de SST	Porcentaje de ejecución del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	90%				0	0	1			1	0	1			2	0	1		1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	257	Realizar autoevaluación de estandares del SG SST según aplica en normatividad	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Soporte de autoevaluación de estandares del SG SST según aplica en normatividad emitido por responsable del sistema	Porcentaje de cumplimiento de los estandares del SG SST	97%				0	0				0	0				0	0			1	1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	258	Disminuir la probalidad de que se accidenten por riesgo biologico Actualizar matriz de elementos de proteccion	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Documento actualizado de la mantriz de elementos de proteccion personal	Aderencia del uso de elementos de proteccion perosnal	Trimestral				0	0				0	0	1			1	0				1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	259	Actualizar la matriz de riesgos de SGSST	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Matriz de riesgos de Seguridad y Salud en trabajo	% procesos con Matriz de riesgos SST actualizada	No. De Procesos con matriz de riesgo laboral definida / Total de procesos activos				0	0			1	1	0				1	0				1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	260	Programa de riesgo psicosocial (realización de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial)	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe de la aplicación de la bateria al personal de planta	Socializacion del informe con las directivas	Anual			1	1	0				1	0				1	0				1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	261	Realizacion del Diagnostico de condiciones de salud de la entidad, posterior a la realizacion de los examenes periodicos	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe de la aplicación de examenes ocupacionales	Personal activo con exanenes medicos ocupacionales vigenctes /Total de funcionarios activos	100%				0	0				0	0	1			1	0			1	2	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	262	Adelantar inspecciones de puestos de trabajo de manera mensual de acuerdo con programación.	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe ejecutivo de las inspecciones realizadas	Inspecciones programadas/ Inpecciones realizadas	Mensual		1	1	2	0	1	1	1	5	0	1	1	1	8	0	1	1	1	11	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	263	Auditoria de implementación del SG SST a operadores externos o empresas tercerizadas	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe ejecutivo de la autditoria realizada	Porcentaje de ejecución del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Semestral				0	0			1	1	0				1	0			1	2	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	264	Reporte, investigacion y analisis de AT y EL del personalde planta o CPS	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe de accidentalidad e investigacion de accidentes y enfermedades laborales del personal de planta y CPS	Accidentes ocurridos / inestigaciones realizadas	Según la accidentalida d presentada			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	265	Cierre del SG SST, presentación ante alta dirección y rendición de cuentas del sistema	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Informe ejecutivo de las actividades de SG SST	Porcentaje de ejecución del Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Anual				0	0				0	0				0	0			1	1	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	266	Fomentar actitud activa y responsable con respecto a la calidad de vida con capacitación de autocuidado	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Formato de asistencia y Evaluación	Numero de trabajadores proyectados /numero de trabajadores capacitados	Semestral			1	1	0				1	0			1	2	0				2	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	267	Renovar conocimiento al personal brigadista de la institución con la capacitación de primeros auxilios, manejo de extintores, pista	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Formato de asistencia y Evaluación	Total de brigadistas / numero de brigadistas capacitados	Trimestral			1	1	0			1	2	0			1	3	0				3	0
5. Bienestar colectivo	5.2. Bienestar y Seguridad Laboral		Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	268	Capacitación Riesgo biologico	Seguridad y Salud en el trabajo	Líder de Seguridad y Salud en el trabajo	Formato de asistencia y Evaluación	Numero de trabajadores proyectados /numero de trabajadores capacitados	Trimestral		1		1	0		1		2	0		1		3	0				3	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	269	Definir y aplicar Plan Anual de Auditorias de verificación de Adherencia institucional a las buenas prácticas de segregación de residuos	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	Informe de Auditorias de verificación de Adherencia institucional a las buenas prácticas de segregación de residuos	Adherencia institucional a las buenas prácticas de segregación de residuos	40%			1	1	0			1	2	0			1	3	0			1	4	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	270	Seguimiento a las estrategias desarrolladas para fortalecer el manejo responsable de residuos generados en la atención en salud	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	Informe de Seguimiento a las estrategias desarrolladas para fortalecer el manejo responsable de residuos generados en la atención en salud	NA	Semestral				0	0			1	1	0				1	0		1		2	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	271	Seguimiento a la estrategia de orientación a todos los equipos hacia la preservacion, conservacion y cuidado del medio ambiente a traves de las campañas de cuidado ambiental	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	Informe de Seguimiento a la estrategia de orientación a todos los equipos hacia la preservacion, conservacion y cuidado del medio ambiente a traves de las campañas de cuidado ambiental	NA	Semestral				0	0			1	1	0				1	0		1		2	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	272	Jornadas de capacitación al personal del hospital en temas relacionados con la segregación de residuos según el tipo y la normatividad vigente	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	informe de medicion del conocmiento y listas de asistencias	N° De Trabajadores capacitados/ Total trabajadores suscritos x100	60%		1	0	1	0		1	0	2	0		1	0	3	0		1	0	4	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	273	seguimiento y control de residuos peligrosos generados en la atencion a la salud	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	formato de residuos Hospitalartios	Cantidad de (Kg) de residuos peligrosos recolectados/ cantidad (kg) de residuos generados x100		1	1	1	3	0	1	1	1	6	0	1	1	1	9	0	1	1	1	12	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	274	Seguimiento y control en la recolección temporal deresiduos reciclables dentro del hospital	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	cuenta de cobro recicclaje	Cantidad de (Kg) de residuos reciclables recolectados/ cantidad (kg) de residuos generados x100			1		1	0	1		1	3	0		1		4	0	1		1	6	0
5. Bienestar colectivo	5.3. Responsabilidad Ambiental	5.3.1. Gestión Ambiental	Plan Gestión Ambiental	Gestión ambiental	275	Capacitación al personal de la entidad en cuanto a la identificación, rotulación, manipulación de productos químicos y kit de derrames	Gestión Ambiental	Líder de Gestión Ambiental	informe de medicion del conocmiento y listas de asistencias	N° De Trabajadores capacitados del personal de servicios generales/ Total trabajadores de del personal de servicios generales suscritos x100	80%	1		1	2	0		1		3	0		1		4	0		1		5	0