GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS
I SEMESTRE 2024

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SABANA
Código de habilitación de la IPS: 11001250011
Nombre del Gerente: EDGAR SALVADOR SÁNCHEZ VILLEGAS
VIGENCIA: 2024

#	Líneas Estratégicas del Plan Departamental de Desarrollo	MACROPROCESO	PESO PORCENTUAL	PROCESO	Objetivo Estratégico Institucional	Meta de Resultado	Indicador de resultado: Nombre del indicador	Indicador de resultado: Descripción de la fórmula	Indicador de resultado: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado	Meta de producto anual	Indicador de producto: Nombre del indicador	Indicador de producto: Descripción de la fórmula	Indicador de producto: Unidad de medida	Línea base: Valor	Línea base: Año	Valor esperado: Denominador	Peso porcentual	I TRIMESTRE: Enero	I TRIMESTRE: Febrero	I TRIMESTRE: Marzo	II TRIMESTRE: Abril	II TRIMESTRE: Mayo	II TRIMESTRE: Junio	III TRIMESTRE: Julio	III TRIMESTRE: Agosto	III TRIMESTRE: Septiembre	IV TRIMESTRE: Octubre	IV TRIMESTRE: Noviembre	IV TRIMESTRE: Diciembre	ACTIVIDADES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL: I	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL: II	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL: III	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TRIMESTRAL: IV	Responsable Institucionales
1	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA			Gestión de la Calidad	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Centro de Excelencia	Fortalecer el Sistema Obligatorio de Calidad en la Calidad y el Sistema de Gestión de Calidad Institucional para ser Hospital Universitario de Alta Complejidad (Región)	Porcentaje de cumplimiento de los componentes del SOGC y Modelo (Región)	# de componentes que cumplen / Total de Componentes del SOGC y Modelo	Porcentaje	100%	2023	100%	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Región	Habilitación de los servicios de salud	Número de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación ejecutadas / Total de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación programadas.	porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													Capacitación a líderes de procesos en resolución 3100 de 2019 y por exámenes de habilitación. Autoevaluación de los estándares de habilitación.	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Mantener la acreditación de Acreditación en Salud para HUS Región	Acreditación de los servicios de salud	Indicador Nominal	Unidad	1,0	2023	1	0,7407													Continuar con la implementación del PAMEC.	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Avanzar en la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior en el HUS	Autoevaluación de Acreditación	Autoevaluación en la vigencia evaluada >3.0	Unidad	3,5	2023	3,0	0,7407													Realizar autoevaluación de lineamientos del SOA. Realizar la implementación del PAMEC.	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Mantener por encima del 90% el cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMC) Región	Cumplimiento PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas *100	porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													Se realizan reficiendo los seguimientos permanentes a los líderes para la ejecución del PAMEC por parte de la oficina de calidad	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Implementar en 90% el Plan de Mejoramiento de la Calidad - MSCA, con base en los lineamientos de la Resolución 256 de 2016, establecidos en tablero de control de calidad en el HUS Región	Plan de Mejoramiento de la Calidad - MSCA	# actividades ejecutadas / # actividades programadas *100	porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													Informe de seguimiento a MSCA	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) HUS Región	Sistema de Información para la Calidad	Número de reporte del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2023	100%	0,7407													Reporte de los indicadores del SIC dentro de los términos establecidos (HUS)	90%	90%	NA	NA	Dirección de Atención al Usuario Líder de Proyecto de Calidad/ea
								Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001 2015 Región	Certificación del Sistema de Gestión ISO 9001 2015	N/A	Unidad	6	2023	6	0,7407													Certificación vigente	90%	90%	NA	NA	Jefe oficina Asesora de Planeación
2	TEJIDO SOCIAL	DIRECCIONAMIENTO	20%	Gestión de la Calidad	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Estudio de Red Departamental	Fortalecer los procesos que garantizan la atención segura en el HUS	Proporción de aumento de Incidentes de Seguridad reportados	(# Total de incidentes reportados en el trimestre actual - # Total de incidentes reportados en el trimestre anterior) / # Total de incidentes reportados en el trimestre anterior *100	proporción	0,0%	2023	Incremento del 5,0%	Ejecutar el Programa de Gestión Integral del Riesgo institucional en la vigilancia en el HUS Región	Gestión Integral de Riesgo	Número de actividades desarrolladas / Total actividades propuestas * 100	Porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													1. Capacitar a los líderes y gestores de riesgo en la metodología para la administración de riesgos de los procesos. 2. Realizar la revisión, evaluación y definición de los riesgos establecidos en los siguientes ciclos (Procesos, Vigilancia, Institucional). 3. Diseñar el nivel de riesgo como herramienta de seguimiento a la gestión de riesgos.	90%	90%	NA	NA	Jefe Oficina Asesora de Planeación
														Fortalecer el Programa Institucional en Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Número de actividades desarrolladas / Total de actividades propuestas * 100	Porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													Cronograma de seguridad del paciente	90%	90%	NA	NA	Jefe Oficina Asesora de Planeación
								Mantener la Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales para Región	Certificación BUPMA en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales	N/A	Unidad	1	2023	1	0,7407													1. Gestionar la contratación de la Auditoría para evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura en bases los aspectos de la producción y el control de calidad del medicamento ante medical. Resolución 1473 de 2005 y Resolución 2017 2 2846 de 2017. 2. Realizar la auditoría interna para evaluar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura en bases los aspectos de la producción y el control de calidad del medicamento ante medical. Resolución 1473 de 2005 y Resolución 2017 2 2846 de 2017. 3. Realizar seguimiento a la ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo del sistema generador de aire medicinal. 4. Realizar 5. Seguimiento al cumplimiento del cronograma de aseguramiento metrológico.	90%	90%	NA	NA	Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico
								Incrementar la adherencia del proceso de conciliación medicamentosa en hospitalización	Porcentaje de adherencia a la conciliación medicamentosa	Número de pacientes con seguimiento farmacoterapéutico Total de pacientes que requieren seguimiento farmacoterapéutico * 100	Porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													1. Realizar seguimiento y retroalimentación a la conciliación medicamentosa de los pacientes en hospitalización 2. Presentar en el comité de Farmacia y farmacovigilancia consolidado del seguimiento de la conciliación medicamentosa 3. Continuar mediante sensibilización al personal medico del proceso de Conciliación de medicamento.	90%	90%	NA	NA	Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico
								Fortalecer el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en el servicio de hospitalización	Porcentaje de pacientes con intervención farmacoterapéutica	Número intervenciones con pacientes objeto de seguimiento farmacoterapéutico / con pacientes con seguimiento farmacoterapéutico * 100	Porcentaje	90%	2023	90%	0,7407													1. Realizar seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en hospitalización y retroalimentación a los especialistas. 2. Presentar en el comité de Farmacia y farmacovigilancia el consolidado del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en hospitalización. 3. Realizar sensibilización del proceso Seguimiento Farmacoterapéutico al personal medico.	90%	90%	NA	NA	Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico
								Gestionar, analizar los eventos adversos del proceso de imágenes diagnósticas	Porcentaje de eventos adversos relacionados a imágenes diagnósticas	N.º eventos bajo el evento adverso (imágenes diagnósticas) gestionados / N.º eventos bajo el evento adverso presentados (imágenes diagnósticas) *100	Porcentaje	100%	2023	100%	0,7407													1. Capacitación en el uso de la tecnovigilancia en la aplicación del medio de contraste 2. Medir la aplicación del consentimiento en el protocolo de administración de medios de contraste 3. Participar en el análisis de los eventos adversos cuando sea necesario por el Líder de Seguridad del paciente, en la planeación y ejecución de acciones de mejora cuando corresponda	90%	90%	NA	NA	Director Científico Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
								Gestionar y analizar los eventos adversos del proceso de laboratorio clínico	Porcentaje de eventos adversos relacionados al proceso de laboratorio clínico	N.º eventos bajo el evento adverso (laboratorio clínico) gestionados / N.º eventos bajo el evento adverso presentados (laboratorio clínico) * 100	Porcentaje	100%	2023	100%	0,7407													1. Realizar seguimiento diario de novedades reportadas de seguridad del paciente en la entregas de turno. 2. Recopilar los documentos de las diferentes áreas procesos del laboratorio al personal propio del servicio. 3. Participar en el análisis de los eventos adversos, en la planeación y ejecución de acciones de mejora cuando corresponda.	90%	90%	NA	NA	Director Científico Coordinadora de Laboratorio Clínico
								Implementar la medición del sitio total de lavado de hemoquemperidos desde la unidad hasta la dosificación de los bancos (urgencias vital, código rojo)	Sumatoria de los minutos transcurridos desde la salida de hemoquemperidos del banco de sangre hasta la dosificación para urgencias vital y código rojo / Total de hemoquemperidos para urgencias vital y código rojo * 100	Sumatoria de los minutos transcurridos desde la salida de hemoquemperidos código rojo y urgencias vital hasta la dosificación para urgencias vital y código rojo / Total de hemoquemperidos para urgencias vital y código rojo * 100	Minuto	60	2023	100	0,7407													1. Capacitar al personal médico, enfermería de los servicios de Medicina interna, Ginecología y urgencias y hematología (servicio por hemoderivados) en código rojo y urgencia vital. 2. Revisar la nota de los hemoderivados de Código rojo y Urgencia vital, teniendo en cuenta el resultado histórico y la necesidad de hemoderivados para la programación de la entrega. 3. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 4. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora Banco de Sangre
								Implementar la medición del sitio total de atención de apoyo diagnóstico desde la unidad hasta la dosificación de los bancos (urgencias vital, código rojo)	Oportunidad de atención en el ciclo total de imágenes diagnósticas TAC (Urgencias)	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de TAC a imágenes diagnósticas hasta la entrega de resultados en servicio solicitante / total de TAC realizadas en el mismo periodo (Urgencias)	Días	6,7	2023	4 1	0,7407													1. Realizar seguimiento diario a las órdenes pendientes por programar. 2. Realizar conciliación diaria de las imágenes diagnósticas (consolidar en revisar que las órdenes programas no estén duplicadas en el sistema). 3. Realizar seguimiento a la calidad del registro de interpretación del resultados medio de los resultados en el campo correspondiente en Dinamica Gerencial. 4. Realizar medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 5. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
									Oportunidad de atención en el ciclo total de imágenes diagnósticas TAC (Hospitalización)	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de TAC a imágenes diagnósticas hasta la entrega de resultados en servicio solicitante / total de TAC realizadas en el mismo periodo (Hospitalización)	Días	4 1,3	2023	4 1,3	0,7407													1. Realizar seguimiento diario a las órdenes pendientes por programar. 2. Realizar conciliación diaria de las imágenes diagnósticas (consolidar en revisar que las órdenes programas no estén duplicadas en el sistema). 3. Realizar seguimiento a la calidad del registro de interpretación del resultados medio de los resultados en el campo correspondiente en Dinamica Gerencial. 4. Realizar medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 5. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
									Oportunidad desde atención en el ciclo total de imágenes diagnósticas Resonancia Magnética (Urgencias)	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de RM a imágenes diagnósticas hasta la entrega de resultados en servicio solicitante / total de RM realizadas en el mismo periodo (Urgencias)	Días	1,1	2023	4 1,3	0,7407													1. Realizar seguimiento diario a las órdenes pendientes por programar. 2. Realizar conciliación diaria de las imágenes diagnósticas (que consolidar en revisar que las órdenes programas no estén duplicadas en el sistema). 3. Realizar seguimiento a la calidad del registro de interpretación del resultados medio de los resultados en el campo correspondiente en Dinamica Gerencial. 4. Realizar medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 5. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
									Oportunidad desde atención en el ciclo total de imágenes diagnósticas Resonancia Magnética (Hospitalización)	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de RM a imágenes diagnósticas hasta la entrega de resultados en servicio solicitante / total de RM realizadas en el mismo periodo (Hospitalización)	Días	1,8	2023	4 2	0,7407													1. Realizar seguimiento diario a las órdenes pendientes por programar. 2. Realizar conciliación diaria de las imágenes diagnósticas (que consolidar en revisar que las órdenes programas no estén duplicadas en el sistema). 3. Realizar seguimiento a la calidad del registro de interpretación del resultados medio de los resultados en el campo correspondiente en Dinamica Gerencial. 4. Realizar medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 5. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Imágenes Diagnósticas
								Implementar la medición del sitio total de exámenes de laboratorio clínico prioritarios desde la unidad hasta la entregada de los bancos (hemoglobina y urgencias)	Oportunidad en sala toma de exámenes de laboratorio clínico. (hospitalizados)	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden medica de examen prioritario al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes prioritarios en entrega (urgencias)	Horas	13	2023	4 12	0,7407													1. Participar en las reuniones de entrega de turno administrativo del servicio de Medicina interna para conocer casos impactantes y realizar las intervenciones y generar acciones de mejora 2. Realizar análisis de las oportunidades de oportunidad reportadas por los usuarios de UCI y Unidad Renacer. 3. Realizar medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 4. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican) con el Líder del servicio de hospitales.	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Laboratorio Clínico
									Oportunidad en sala toma de exámenes de laboratorio clínico (urgencias)	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden medica de examen prioritario al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes prioritarios en entrega (urgencias)	Horas	9	2023	4 10	0,7407													1. Participar en las reuniones de entrega de turno administrativo del servicio de urgencias para conocer casos impactantes y realizar las intervenciones y generar acciones de mejora 2. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 3. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican) con el Líder del servicio de urgencias.	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Laboratorio Clínico
								Implementar la medición del sitio total de estudios anatomopatológicos prioritarios desde la unidad hasta la interpretación de los niveles	Porcentaje cumplimiento de oportunidad en sitio total de estudios anatomopatológicos	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha de ingreso de la muestra al servicio de patología hasta la interpretación en la hoja de clínica / número de muestras procesadas en el servicio de hospitalización, ingresados, servicio de patología	Días	9	2023	4 6	0,7407													1. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 2. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican). 3. Realizar seguimiento del registro en las fechas de llegada, informes de patología (macroscopia, microscopia y estudios adicionales), mediante sabe y base de datos PATOSIM y Dinamica gerencial. 4. Realizar informe de la oportunidad de los estudios anatomopatologicos, Patología interna, Cirugía general, Dispositivo, Nuevo ingreso para la generación de indicadores adicionales (Desagregados por consultorios) establecidos por los patólogos. 5. Realizar el reporte de resultados prioritarios y urgentes por correo electrónico y via telefonica al servicio tratante	90%	90%	NA	NA	Dirección Científica Coordinadora de Patología
								Mantener en cero el índice de neumonía bronco espirática de origen intrahospitalario	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco espirática de origen intrahospitalario / Total de pacientes con internamiento	Número de pacientes pediátricos con neumonía bronco espirática de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación	Numero	0	2023	0	0,7407													1. Documentar el proceso de higiene de manos que contenga las indicaciones medidas y las medidas de prevención de neumonía intrahospitalaria. 2. Realizar la búsqueda de casos por Vigilancia Comunitaria hospitalaria de Neumonía Bronco espirática. 3. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 4. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican). 5. Capacitar al personal de enfermería de la Unidad renacer en Medidas de bioseguridad y cuidados para prevención de	90%	90%	NA	NA	Director Científico Subdirectora de Enfermería Coordinadora de Neonatología
								Mejorar en los pacientes con diagnóstico de apendicitis en un tiempo de llenado no mayor a 6 horas	Oportunidad en la realización de apendicectomía	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis a quienes se les realizo apendicectomía en menos de 6 horas / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis agudas en la vigencia objeto de evaluación	Numero	1	2023	100 0	0,7407													1. Realizar la verificación mensual de la oportunidad de intervención de los pacientes con diagnóstico de apendicitis. 2. Realizar el análisis trimestral del indicador (27/08) en el sistema de información Alinea y tener acciones frente a las desviaciones. 3. Socializar la medición del indicador a Subdirector de cirugía General y subdirector de Urgencias.	90%	90%	NA	NA	Director Científico Subdirector de Urgencias Subdirector de Medicina Interna Subdirector Cirugía General
								Atender oportunamente los pacientes con diagnóstico de trifolitis Aguda de Mesenterio	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de trifolitis aguda del mesenterio (IAM)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de trifolitis aguda del mesenterio a quienes se les realizo la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de trifolitis aguda del mesenterio en la vigencia	Numero	1	2023	100 0	0,7407													1. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Alinea. 2. Socializar la medición del indicador a Subdirector de Medicina interna y subdirector de Urgencias e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones. (si aplican).	90%	90%	NA	NA	Director científico Subdirector de Mercadeo
3	TEJIDO SOCIAL			Gestión de la Calidad	Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Estudio de Red Departamental	Implementar el portafolio de servicios de acuerdo con la tipología definida en la Resolución 2003 de 2014 y el Decreto 780 de 2016 y actualizar la red (Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el Grupo en el HUS	Porcentaje de cumplimiento del plan de acción relacionado a telemedicina	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas *100	Porcentaje	0	2023	60%	Implementar el Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades (Teleconsulta y telediagnóstico)	porcentaje de cumplimiento del plan de acción	Numero de acciones ejecutadas/Numero de acciones programadas para el periodo *100	Porcentaje	100	2023	60%	0,7407													DAR# cronograma de actividades relacionadas a Telemedicina Ejecutar las actividades del cronograma relacionadas a Telemedicina.	90%	90%	NA	NA	Director científico Subdirector de Mercadeo
4	TEJIDO SOCIAL			Atención al Usuario y no Familia	Desarrollar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo	Implementar estrategias y prácticas administrativas y asistenciales con calidad por el cumplimiento efectivo de la Política Institucional de Humanización (HUS Región)	Programa de Humanización Implementado (Región)	(Número de actividades del programa ejecutadas / Número total de actividades programadas) * 100	Porcentaje	96%	2023	95%	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Región	Cumplimiento del Programa de Humanización	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	96%	2023	95%	0,7407													Ejecutar el Plan de Acción del Comité de Humanización y el Cronograma de Actividades del Programa de Humanización (Anexo en el SIC), por Región	90%	90%	NA	NA	Director de Atención al Usuario

		DIRECCIONAMIENTO	30%																																		
1	TEJIDO SOCIAL	REGIONAL	40%	Atención al Paciente de Urgencias	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecer la gestión clínica de los Pacientes de Urgencias en el HCG	Cumplimiento del Plan de Mejoramiento definido para la mejora de la Gestión Clínica de los Pacientes de Urgencias	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas Plan de Mejoramiento definido para la mejora de la Gestión Clínica de los Pacientes de Urgencias * 100	Porcentaje	92	2022	90%	Mejorar la gestión clínica de los Pacientes de Urgencias	Gestión Clínica en Urgencias	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas Plan de Mejoramiento definido para la mejora de la Gestión Clínica de los Pacientes de Urgencias * 100	Porcentaje	100%	2023	90%	3.33%											1. Continuar con la implementación del Modelo de Cuidado de Enfermería " Liderazgo en Cuidado Compasivo y seguro" evidencia: trimestralmente medición cuidado compasivo en el año 2023. 2. Implementar el Comité de Reflexione, Contraterminos y Tertulias entre varios de la Red Tamaritana. 3. Realizar intervención extrahospitalaria en la Red de hospitales de 1 nivel de Cundinamarca priorizados, para fortalecer la atención oportuna y gestión clínica de los pacientes en el HCG Bogotá, mediante visitas de campo, capacitaciones especiales, protocolos y procedimientos de trombolisis prehospitalaria y seguros.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias
														Mantener la oportunidad de atención de intervenciones en atención de urgencias por parte de las especialidades medicas y quirúrgicas	Oportunidad de Intervenciones en Urgencias	Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la intervención y la respuesta en servicio de cirugía / Total de intervenciones requeridas	horas	6.19	2023	6	3.33%																	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias, Subdirección Administrativa, Dirección Gerencia Urgencias/Intervenciones Urgencias
																Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la intervención y la respuesta del servicio de cirugía programada / Total de intervenciones requeridas	horas	3.92	2023	8																			
																Sumatoria de horas transcurridas entre la solicitud de la intervención y la respuesta del servicio de cirugía ambulatoria / Total de intervenciones requeridas	horas	9.10	2023	12																			
				Atención al Paciente Hospitalizado	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Optimizar la eficiencia de la capacidad instalada de los diferentes servicios ofertados en el HCG	Porcentaje ocupacional de salas en cirugía	Sumatoria de horas entre el inicio y terminación de la cirugía / Número de horas quirúrgicas programadas * 100	Porcentaje	100	2019	80%	Optimizar el uso de las quirófanos asegurando la atención integral en la prestación del servicio	Porcentaje ocupacional de salas en cirugía programada	Sumatoria de horas entre el inicio y terminación de la cirugía electiva / Número de horas quirúrgicas programadas en cirugía electiva * 100	Porcentaje	86%	2023	80%	3.33%											1. Evaluar la ocupación de salas de cirugía año 2023, 2022 2. Realizar cronogramas de cirugías de acuerdo a la ocupación de salas de cirugía 3. Realizar medición del indicador mensual y análisis trimestral 4. Socializar resultado del indicador en la Reunión de Gestión Quirúrgica, y ejecutar las acciones de mejora que correspondan	50%	50%	N/A	N/A	Dirección Científica Líder del Servicio Farmaceutico
							Cama Cama	Número de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Rasso	4.3	2019	4.3	Permitir y ajustar los indicadores por cama establecidos en el HCG por servicio	Cama Cama	Número de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Rasso	3.2	2023	4.0.7	3.33%											1. Analizar los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 2. Realizar propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 3. Presentar a Gerencia propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 4. Registrar mensualmente los datos del indicador, analizar trimestralmente, retroalimentar a los servicios y ejecutar las acciones de mejora que correspondan 5. Seguimiento periódico por parte de auditoria a las largas estancias.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección Científica Líder de procesos de Hospitalización
							Promedio ocupacional	Total días cama ocupada / total días cama disponible * 100	Promedio	0	2019	Igual o menor que 85	Permitir y ajustar los indicadores de promedio ocupacional establecidos en el HCG por servicio	Promedio ocupacional	Total días cama ocupada/total días cama disponible * 100	Promedio	91	2023	0.0.0.7	3.33%											1. Analizar los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 2. Realizar propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 3. Presentar a Gerencia propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 4. Registrar mensualmente los datos del indicador, analizar trimestralmente, retroalimentar a los servicios y ejecutar las acciones de mejora que correspondan 5. Realizar seguimiento periódico por parte de auditoria a las largas estancias.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección Científica Líder de procesos de Hospitalización
							Promedio días estancia	"Total días estancia de los egresos hospitalizados / Total de egresos hospitalizados	Días	0	2019	Igual o menor que 5	Permitir y ajustar los indicadores de promedio días estancia establecidos en el HCG por servicio	Promedio días estancia	Total días estancia de los egresos hospitalizados/Total de egresos hospitalizados	Días	5.6.3	2023	5.6.3	3.33%											1. Analizar los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 2. Realizar propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 3. Presentar a Gerencia propuestas para mantenimiento o mejora de los indicadores de eficiencia tecnica de hospitalización 4. Registrar mensualmente los datos del indicador, analizar trimestralmente, retroalimentar a los servicios y ejecutar las acciones de mejora que correspondan 5. Realizar seguimiento periódico por parte de auditoria a las largas estancias.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección Científica Líder de procesos de Hospitalización
							Oportunidad de el egresos hospitalario	Tiempo transcurrido entre la orden médica de egreso hospitalario y el momento en el cual el paciente egresa efectivamente	Horas	0.5	2019	3	Fortalecer el proceso de alta hospitalaria optimizando los tiempos ambulatorio - administrativos involucrados en el mismo	Oportunidad de el egresos hospitalario	Sumatoria del tiempo transcurrido entre la hora en que se registra la orden de egreso hospitalario y la hora en que se registra la hora de la salida del paciente del hospital / Sumatoria de egresos en el periodo de tiempo	Horas	2.0	2023	4.0	3.33%											1. Realizar seguimiento las mediciones del año 2023 y análisis, enfatizando las barreras y fallas involucradas en el proceso de egreso hospitalario, realizar mediciones trimestrales 2. Registrar mensualmente los datos del indicador, analizar trimestralmente, retroalimentar a los servicios y ejecutar las acciones de mejora que correspondan 3. Realizar mensualmente el resultado del seguimiento de los tiempos de egreso a las diferentes especialidades.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección Científica Líder de procesos de Hospitalización
							% ocupacional Imágenes Diagnósticas	Número Total de estudios de Imágenes diagnósticas realizados / Número total de equipos de Imágenes diagnósticas disponibles * 100	porcentaje	75%	2019	80%	Maximizar el uso de la capacidad instalada de imágenes diagnósticas (TAC, RM)	% ocupacional Imágenes Diagnósticas	Número Total de estudios de Imágenes diagnósticas realizados / Número total de equipos de Imágenes diagnósticas disponibles * 100	Porcentaje	90	2023	100%	3.33%											1. Realizar ventilación clara de las imágenes diagnósticas (unidad en revisar que los sistemas programados en imágenes diagnósticas funcionen) 2. Realizar seguimiento diario en el turno de la mañana y tarde a la programación de los turnos generados de imágenes diagnósticas (TAC, RM) 3. Realizar mensualmente los datos del indicador, analisis trimestral y retroalimentar a los resultados 4. Realizar acciones de mejora frente a desviaciones encontradas (si se requiere), realizar seguimiento.	50%	50%	N/A	N/A	Director Científico Líder de procesos Imágenes Diagnósticas
2	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA			Docencia	Implementar un Modelo de Docencia e Investigación, que permita el cumplimiento de los requisitos de estándares que demandan las procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución para formar profesionales de bien para la sociedad	Obtener y mantener la Acreditación como Hospital Universitario ante Comité Internacional para el Talento Humano en Salud, (Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Protección Social), con ser un referente académico-investigativo	Acreditación como Hospital Universitario	Acreditación obtenida	Número	0	2019	1	Obtener y mantener Certificación de Hospital Universitario	Certificación Hospital Universitario	N/A	Unidad	1	2023	1	3.33%											1. Definir cronograma de actividades para mantener certificación de Hospital Universitario 2. Ejecutar las actividades programadas cronograma.	50%	50%	N/A	N/A	Dirección científica Subdirector de Educación e Investigación Médica
3				Apoyo Diagnóstico	Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Fortalecimiento de los servicios de apoyo diagnóstico (laboratorio clínico) en el HCG	Nacimientos de laboratorio clínico ofertados como nuevos servicios	Número de nacimientos de laboratorio clínico nuevos ofertados / Total de nacimientos de laboratorio clínico ofertados en el periodo de implementación	Rasso	1	2019	10	Aumentar el procesamiento de muestras de laboratorio clínico	Número de estudios de apoyo diagnóstico implementados en el portafolio de servicio	Total estudios nuevos implementados en el proceso de Apoyo Diagnóstico	Unidad	2	2023	1	3.33%											1. Analizar la oferta demanda de pruebas de laboratorio clínico año 2023 2. Realizar el estudio de costo/beneficio de las pruebas 3. Implementar 1 prueba de laboratorio clínico.	NP	100%	N/A	N/A	Director Científico Coordinadora de Laboratorio Clínico
4	TEJIDO SOCIAL			Atención al Usuario y su Familia	Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental	Incentivar el trabajo en red mediante el diseño e implementación de programas y/o rutas de atención en el HCG	Porcentaje de avance de Programas de salud prioritarios	Número de actividades ejecutadas / número de actividades programadas * 100	Porcentaje	0	2019	70%	Avanzar en la implementación de los programas prioritarios	Porcentaje de avance de Programas de salud prioritarios	Número de actividades ejecutadas/número de actividades programadas * 100	Porcentaje	100	2023	100%	3.33%											1. Definir cronograma de actividades para el programa Pie diabético 2. Ejecutar las actividades programadas cronograma.	50%	50%	N/A	N/A	Director científico
							Porcentaje de avance Clínicas institucionales prioritarias	Número de actividades ejecutadas / número de actividades programadas * 100	Porcentaje	0	2019	70%	Avanzar en la implementación de las clínicas prioritarias	Porcentaje de avance Clínicas institucionales prioritarias	Número de actividades ejecutadas/número de actividades programadas * 100	Porcentaje	100	2023	100%	3.33%											1. Definir cronograma de actividades para el programa ACV 2. Ejecutar las actividades programadas cronograma.	50%	50%	N/A	N/A	Director científico Líder de procesos de Hospitalización
				Atención al Usuario y su Familia	Direccionar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo	Fortalecer el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que proteja a la población de dignidad y respeto en su atención	Porcentaje de implementación de la "Hospital Sin Dolor "	Número de actividades realizadas / número de actividades planeadas*100	Porcentaje	0.6	2019	90%	Consolidar la "Hospital Sin Dolor "	Porcentaje de implementación de Programa Hospital Sin Dolor	Número de actividades realizadas / número de actividades planeadas*100	Porcentual	100	2023	100%	3.33%											1. Definir cronograma de actividades para el programa Hospital sin dolor 2. Ejecutar las actividades programadas cronograma.	50%	50%	N/A	N/A	Director Científico Líder de procesos de Hospitalización
		SECIONAL	40%																																		
1	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA	DIRECCIÓN	20%	Direccionamiento Estratégico	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Centrales de Excelencia	Aumentar en 5 puntos el índice de desempeño institucional	Resultado del FURAG	% cumplimiento	Índice	72.8	2019	77.8	Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional	Cumplimiento MIPG	Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100	Porcentaje	90%	2023	90%	0.83											Realizar la implementación del cronograma de implementación del MIPG	50%	50%	N/A	N/A	Comité de Gestión y Desempeño Institucional
2				Gestión de la Calidad	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Centrales de Excelencia	Fortalecer la Gestión Ambiental institucional en el HCG	Porcentaje de cumplimiento de los Planes de Acción en Gestión Ambiental en el HCG	"X" de planes de acción en gestión ambiental cumplidos / Total de Planes de Acción proyectados * 100	Porcentaje	60%	2019	90%	Obtener la Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	Certificación del Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015	Informe Nominal	Unidad	1.0	2023	1	0.83											Cumplir con el plan de trabajo para la certificación ISO 14001:2015.	50%	50%	N/A	N/A	Jefe oficina Asesora de Planeación
														Implementar el plan de acción del Programa Hospital Verde para el HCG Bogotá	Programa Hospital Verde	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del plan de acción del Programa Hospital Verde * 100	Porcentaje	95%	2023	90%	0.83											Registro de reportes a autoridades ambientales. Material divulgativo de estrategias de sensibilización a funcionarios diferentes sedes. Realizar Informe de Caracterización de residuoso, evaluaciones Trimestrales cantidad, cantidad, carne soporte y gestión de residuosos y requerimientos ambientales.	50%	50%	N/A	N/A	Jefe oficina Asesora de Planeación
3	TEJIDO SOCIAL			Atención al Usuario y su Familia	Direccionar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo	N/C	Quejas y Reclamos por las primeras Causas de CPU y / o las rutas a Bata Nota: Cinco (5) primeras causas para Bogotá Tres (3) primeras causas para PPC y UPZ	# de Quejas y Reclamos por falla en la atención / total cantidad # Total de CPR recepcionadas * 100	Porcentaje	15%	2019	20%	Ejecutar el plan de mejora ¿ QEI, de las 5 primeras causas de PQRS en el HCG	Gestión de las PQRS en el HCG	N.° de actividades ejecutadas /N.° de actividades propuestas x 100	Porcentaje	97%	2023	90%	0.83											Realizar seguimiento, acompañamiento a Líderes de Procesos en el análisis y formulación de planes de mejoramiento (según necesidad y pertinencia) Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de compromisos y acuerdos de mejoramiento definidos por los Líderes de Procesos en atención a su efectividad	50%	50%	N/A	N/A	Director de Atención al Usuario Subdirector de Enfermería (en el Usuario y Subdirectores (n) Líderes de Procesos
4	TEJIDO SOCIAL			Atención al Usuario y su Familia	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Centrales de Excelencia	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HCG Bogotá	Satisfacción Global de los Usuarios	Sin de usuarios que respondieron "muy bueno" y "bueno" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de de su PPC/No de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje	95%	2019	95%	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HCG Bogotá	Satisfacción Global	No de usuarios que respondieron "muy bueno" y "bueno" a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global de atención en los servicios de salud de de su PPC/No de usuarios que respondieron la pregunta	Porcentaje	98.9%	2023	97%	0.83											1. Identificar y listar de solucionar oportunamente las inconsistencias del Paciente hospitalizado, a través de los Revisión y visita diaria. 2. Socializar la Política Nacional de talento humano de enfermería en Colombia al grupo de enfermeras profesionales. 3. Socializar la Política Nacional de talento humano de enfermería en Colombia al grupo de humanizacion de la atención de enfermería (la Política Nacional de talento humano de enfermería en Colombia. 4. Ejecutar el cronograma de implementación para fortalecer el enfoque de humanizacion de la atención de enfermería (la Política Nacional de talento humano de enfermería en Colombia. 5. Fortalecer el proceso de socialización de encuesta de los usuarios para la asignación de citas medicas.	50%	50%	N/A	N/A	Director de Atención al Usuario
5				Atención al Usuario y su Familia	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Centrales de Excelencia	Fortalecer los mecanismos de Participación Social del HCG, HRZ y UPZ	% de cumplimiento del plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la programa* 100	Porcentaje	90%	2019	80%	Cumplir con el plan de acción para el desarrollo de los mecanismos de participación social implementados que aplican para el HCG, HRZ y UPZ	Mecanismos de participación social	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la programa* 100	Porcentaje	88%	2023	80%	0.83											Formular (/ revisar/actualizar/2023) el Plan de acción de la política de participación Social y Ejecutar (% Trimestral de cumplimiento del mismo)	50%	50%	N/A	N/A	Director de Atención al Usuario
6	INTEGRACIÓN Y GOBERNANZA			Gestión del Talento Humano	Direccionar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo	Fortalecer y ejecutar las acciones para el cumplimiento normativo de Seguridad y Salud en el Trabajo y la certificación en Sistema Tránsito Colombiano: NTC ISO 45001:2015 a las sedes al alcance de las Unidades Funcionales	Cumplimiento de Requisitos de NTC ISO 45001:2015	Cu. De requisitos implementados / Nu. De Requisitos Requeridos por la norma	Porcentaje	0%	2023	90%	Implementar los requisitos de la NTC 45001:2015 en el HCG Bogotá	Implementación de los numerales del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018 para la sede Bogotá	Numerales Implementados / Total de Numerales de la Norma *100	Unidad	90%	2023	90%	0.83											Continuar con la actualización y / o mejora documental del sistema de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo al numeral 7.5.3 de la NTC - ISO 45001:2015	NA	100%	N/A	N/A	Directora Administrativa Subdirectora Desarrollo Humano
		APOYO	20%																																		
1	TEJIDO SOCIAL			Direccionamiento Estratégico	Fortalecer la prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el modelo de red departamental	Mejorar el Desempeño en el Desarrollo e Implementación de Proyectos para la modernización de la infraestructura y dotación	Porcentaje de avance de los Proyecto de Infraestructura y dotación	(Etapas cumplidas del proyecto según cada de ciclo / Total de etapas del proyecto según cada ciclo vida) X 100	Porcentaje	50%	2019	50%	Renovar el Equipo Biomédico en estado de obsolescencia de cada vigencia para el HCG Bogotá	Porcentaje de equipos biomédicos renovados según equipos biomédicos priorizados	(Numero de Equipos priorizados adquiridos / Numero total de equipos priorizados para la vigencia) X 100	Porcentaje	100%	2023	80%	0.83											Adquisicion de tecnología priorizada	50%	50%	N/A	N/A	Director Administrativo Profesional de Equipo Médico
														Actualizar el sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050 de la red eléctrica de cada sede del HCG Bogotá, para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios médicos que incluya el suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una planta eléctrica de entorno 500kva	Porcentaje de Ejecución del Proyecto	(Etapas cumplidas del proyecto según cada de ciclo / Total de etapas del proyecto según cada de ciclo) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	25%	2023	100%	0.83											Informe de Ejecución de Actividades	50%	50%	N/A	N/A	Director Administrativo Líder de Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico
														Modernizar las áreas físicas del HCG Bogotá en concordancia con la requerida en el plan medio (Dependencias asistenciales de medicina, Laboratorio, Cafetería, Auditorio, Sistemas para docencia, salas de espera de consulta externa y organizacionales etcétera.	Porcentaje de áreas modernizadas según áreas priorizadas	(Numero de áreas físicas priorizadas / total de áreas físicas priorizadas para la vigencia) X 100	Porcentaje	100%	2023	80%	0.83											Informe de Ejecución de Actividades	50%	50%	N/A	N/A	Director Administrativo Líder de Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico
														Fortalecer la Infraestructura de conectividad LAN de HCG Bogotá y UPZ	Porcentaje de avance del Proyecto de renovación y actualización de conectividad LAN de HCG Bogotá y UPZ	(Etapas cumplidas del proyecto según cada de ciclo / Total de etapas del proyecto según cada de ciclo) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	100%	2023	75%	0.83											1. Recepción de equipos con su respectivo ingreso al almacen HCG 2. Instalación de equipos 3. Configuración y Pruebas Funcionamiento.	50%	50%	N/A	N/A	Director Administrativo Subdirector de Sistemas
														Renovar el Equipo de Computo en estado de obsolescencia según plan de renovación	Porcentaje de equipos de computo Renovados con la vigencia	(Numero de Equipos de computo priorizados adquiridos / Numero total de equipos de computo priorizados para la vigencia) X 100	Porcentaje	100%	2023	75%	0.83											1. Levantamiento de necesidades de equipos. 2. Adquisición de equipos biomédicos. 3. Recepción de equipos. 4. Instalación equipos.	50%	50%	N/A	N/A	Director Administrativo Subdirector de Sistemas
2	COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE			Gestión Financiera	Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la sostenibilidad financiera a partir del periodo semestre	Fortalecer los procesos administrativos que promueven la estabilidad económica y financiera de la institución	Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Ingresos totales recaudados sean mayores que los gastos comprometidos	Valor numérico	1.1	2019	>1	Fortalecer el Plan de Mercadeo Institucional a Nivel Nacional en los servicios de alta complejidad	Entidades Contratadas en el Periodo	# de Entidades contratadas en el periodo / Total de Entidades a contratar en periodo *100	Porcentaje	96%	2023	100%	0.83											Oferta de Servicios Carteras electrónicas Aula de nuevos o el medio utilizado como mercadeo comercial dentro de sociales el portafolio de servicios del HCG	100%	0%	N/A	N/A	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo
														Incrementar en 0% las ventas de servicios de salud con las EPP	Ventas por producción de servicios de salud	(Diferencia entre el periodo actual y el periodo anterior / Total de las ventas del periodo anterior)*	Porcentaje	0%	2023	2.0%	0.83											Certificación del Incremento de las ventas	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo
														Continuar con la distribución de los procesos en el Modulo de ventas de Dinamica Gerencial, permite conocer las ventas por administrativo y productos	Costos Hospitalarios	N.° de procesos de Distribución Efectuados / Total de procesos de Distribución medido Costos(N.° 100	Porcentaje	89%	2023	100%	0.83											Acorde del cumplimiento	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero
														Mantener la Radicación por encima del 90% de la Facturación	Facturación radicada	valor total de facturación radicada acreditada / facturación generada en el periodo anterior * 100	Porcentaje	96%	2023	96%	0.83											Cronograma de Radicación Cumplimiento de Radicación Facturación Pendiente por Radicar Ingresos efectivos	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo
														Mantener <5% la Glosa aceptada	% Aceptación de Glosa	Valor de glosas aceptadas en la vigencia / valor de glosas de la vigencia anterior / valor de la Facturación de la vigencia * 100	Porcentaje	< 5	2023	< 5%	0.83											* Correos de notificación de los valores de glosas a las diferentes sedes del HCG * Cronograma de conciliaciones por trimestre Trimestre *Mde de reunion de los Miércoles de conciliacion Informe de Glosas Trimestrales Certificación de glosas por Trimestre	50%	50%	N/A	N/A	Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo
														Recuperar el 100% de la cartera presupuestada para la vigencia	% de recuperación de cartera presupuestada para la vigencia	Valor del recaudo de cartera establecido en presupuesto / Total cuentas por cobrar proyectadas en presupuesto	Porcentaje	99%	2023	100%	0.83											Informe de recaudo consolidado por vigencias y sedes. Circularización de saldos vs requerido, sedes por cruce de cartera	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero Líder de Cartera
														Recuperar carteras de Vigencias Anteriores	% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100	Porcentaje	80%	2023	92%	0.83											Informe de recaudo consolidado por vigencias y sedes. Circularización de saldos vs requerido, sedes por cruce de cartera	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero Líder de Cartera
															Porcentaje de procesos gestionados en la oficina jurídica con cumplimiento de requisitos para el cobro de carteras	Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos presentados por la oficina asesora jurídica / Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos radicados en la oficina asesora por el área de cartera * 100	Porcentaje		2023	90%	0.83											Informe	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero, Líder de Cartera y Jefe Oficina Asesora Jurídica
															% de Recaudo de la vigencia actual	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100	Porcentaje		2023	92%	0.83											Actas de cruce de carteras, Actas mesas de trabajo conciliadas por SIIC	50%	50%	N/A	N/A	Director Financiero Líder de Cartera

19				Gestión Jurídica	Lograr la auto sostenibilidad financiera por medio de la venta de servicios en el mediano plazo y de el mismo plazo de rentabilidad financiera que le permita crecer	Fortalecer el Proceso de Gestión Jurídica institucional	Porcentaje de cumplimiento del Proceso de Gestión Jurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas del Proceso de Gestión Jurídica	Porcentaje	100%	2019	90%	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política antijurídica	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2020	100%	0,83									1. Informe y seguimiento de demandas por falla médica en la atención a la ciudadanía de las EAs, por hechos ocurridos a partir de 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre del 2020. Informe vigencia anterior. 2. Total cierre del programa de auditoría interna del Proceso de auditoría a los procesos jurídicos de la entidad 3. Informe de la gestión de la información en la nube de procesos jurídicos de la entidad, para verificar el cumplimiento de los tiempos procesales. 4. Realizar la publicación de los procesos judiciales y constituciones en la página web de la entidad. 5. Informe y seguimiento jurídico de delito antijurídico vigencia anterior. 6. Informe de la gestión de la información de los procesos sancionatorios, administrativos que le correspond al cumplimiento de la política de prevención del antijurídico ejecutado por la entidad. 7. Evaluar la ejecución de la política de delito antijurídico para determinar su continuidad y/o modificación.	50%	50%	N/A	N/A	Jefe Oficina Asesora Jurídica
													Cumplimiento de las actividades a cargo de la oficina asesora jurídica ante los diferentes órganos contratantes en el marco de la legislación que permite la eficiencia y la transparencia	Gestión de la Oficina Jurídica	Número de actividades contratadas proferidas a cargo de la Oficina Asesora Jurídica / Total de actividades requeridas en el gestión jurídica del área de diferentes órganos contratantes	Porcentaje	100%	2020	100%	0,83									Seguimiento a las actividades producto de gestión contractual a cargo de la Oficina Asesora Jurídica. (Evaluaciones, minutas contractuales, adiciones y prorrogas, suscripción de pólizas, actas de liquidación, Fomito de cumplimiento, contractuales)	50%	50%	N/A	N/A	Jefe Oficina Asesora Jurídica
		APOYO	50%																19																
19	COMPETITIVIDAD SOSTENIBLE	EVALUACIÓN	50%	Gestión de la Calidad	Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita confirmar Certificación Excelencia	Aumentar el cumplimiento de los planes de mejoramiento resultado de las auditorías internas y externas	% de cumplimiento del plan de mejoramiento.	No. Actividades ejecutadas / No. Actividades programadas * 100	Porcentaje	90%	2019	98%	Cumplir los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas	Planes de Mejoramiento	No. Actividades ejecutadas / Número de Actividades programadas en los planes de mejoramiento * 100	Porcentaje	85%	2020	88%	20,00									Seguimiento a las Actividades del PUGP	50%	50%	N/A	N/A	Direcciones Oficinas Asesoras
		EVALUACIÓN	50%																20																

Responsables

EDGAR SILVO SANCHEZ VILLEGAS
Director

LAURENCIO GUERRA ORTIZ
Jefe Oficina Asesora Planación y Gerencia de la Calidad