

| GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA | | | SECRETARÍA DE SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PLAN OPERATIVO ANUAL | | | GOBERNACIÓN de Cundinamarca | | |
|---|--|---|---|--|--|---|------------------|-------|-----------------------------|---------------------|-------------------------|--|---|--|--|-------------|--------------|---------------|--------------|-----------|----------|--|---|---|---|--|--|
| Nombre de la IPS: U.S.E. Hospital Universitario de la Sana Materna Siles Bogotá | | | Código de habilitación de la IPS: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Aprobación de la Junta Directiva: Enero de 2025 | | | Nombre del Gerente: Jorge Andrés López Quiroz | | |
| Eje estratégico del POSP 2022-2031 | Línea Estratégica del Plan Departamental de Desarrollo | Apuesta PSD | PROCESO | Meta de producto anual | Indicador de producto | | Línea base | | Valor esperado Año 2024 (a) | Peso Porcentual (b) | Valor esperado Año 2027 | Actividades (Proyectadas a Ejecutar en el Año) | | | | I trimestre | II trimestre | III trimestre | IV trimestre | Evidencia | Recursos | Responsables Institucionales | E-mail Responsable | | | | |
| Nombre del indicador | Descripción de la fórmula | | Unidad de medida | Valor | Año | Valor | Unidad de medida | Valor | Año | Valor | Unidad de medida | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje 4. Atención primaria en Salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD | Mantener por encima del 90% el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. | % de cumplimiento del PAMEEC | # acciones implementadas/# total de acciones propuestas *100 | Porcentaje | 97% | 2025 | 90% | 5% | 90% | Autoevaluación de los estándares del SUA Formulación de los planes de Mejoramiento enfocados en Autoevaluación. Informe visita del ente acreditador. Seguimiento a los planes de Mejoramiento. | | | | 25% | 25% | 25% | 25% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co | | | |
| Eje 4. Atención primaria en Salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD | Implementar en 90% el Plan de Mejoramiento de la Calidad- MOCA de la ISE, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad. | % de cumplimiento del plan | # actividades ejecutadas/# actividades programadas *100 | Porcentaje | 88% | 2025 | 90% | 5% | 90% | Reporte de Indicadores de 256 de 2016 | | | | 100% | 100% | 100% | 100% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co | | | |
| Eje 4. Atención primaria en Salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD | Implementar en 90% el programa de seguridad del paciente. | Porcentaje implementación programa seguridad paciente. | No. Actividades del plan de acción de SP cumplidas/No. De actividades propuestas. | Porcentaje | 99% | 2025 | 90% | 5% | 90% | Cronograma de actividades proyectadas para la vigencia, Informe de ejecución | | | | 25% | 25% | 25% | 25% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co | | | |
| DIRECCIONAMIENTO (100%) | | | | | | | | | | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje 4. Atención primaria en Salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | Mantener la cobertura del proceso de conciliación medicamentosa en la población priorizada del servicio de hospitalización. | Cobertura de conciliación medicamentosa en población priorizada. | Número de pacientes que se le realizó conciliación de la población priorizada/Total de pacientes priorizados*100 | Porcentaje | 92% | 2025 | 90% | 7.5% | 90% | 1. Realizar una jornada trimestral de capacitación al personal asistencial (médicos y enfermeras). 2. Realizar la conciliación de medicamentos a pacientes priorizados del servicio de hospitalización. 3. Realizar plan de egreso de Farmacoterapéutico a los pacientes priorizados 4. Socializar el resultado de la conciliación en el comité de Farmacia y terapéutica | | | | 90% | 90% | 90% | 90% | | \$ 50,000,000 | Servicio Farmacéutico Dirección científica | farmacia.lider@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | | Implementar el plan de acción de morbilidad materna extrema | % de cumplimiento | Número de actividades ejecutadas/Número de actividades propuestas *100 | Porcentaje | 100% | 2025 | 85% | 7.5% | 85% | 1. Análisis retrospectivo mensual de los casos de morbilidad materna extrema 2. Plan de acción o actividades programadas frente a los hallazgos de los análisis | | | | 25% | 25% | 25% | 25% | | \$ 10,000,000 | Dirección científica | direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | DOCENCIA, INNOVACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | Desarrollar las acciones de los planes de prevención de conducta suicida, violencia y prevención y control de oferta de consumo de sustancias psicoactivas de la población en los estudiantes que roten en la institución. | % de cumplimiento | # actividades ejecutadas/# actividades programadas | Porcentaje | 100% | 2025 | 85% | 7.5% | 85% | 1. Construir el plan para el 2026 del PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES. 2. Dar cumplimiento a las actividades programadas en el plan | | | | 21% | 42% | 63% | 85% | | \$ 48,000,000 | Educación Médica | medica.lider@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO | Certificación de laboratorios clínicos de la ISE para tamizaje neonatal. | Laboratorio clínico certificado. | No. de certificaciones recibidas | Número | 100% | 2025 | N.A. | 7.5% | Certificación | 1. Construir el cronograma para la Certificación de laboratorios clínicos de la ISE para tamizaje neonatal del 2026 2. Cumplimiento de las actividades según cronograma establecido. El indicador está asociado al Cumplimiento del Cronograma | | | | 10% | 30% | 70% | 100% | | \$ 500,000,000 | Laboratorio Clínico Dirección científica | laboratorio.lider@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | Mantener en cero el índice de neumonía bronco aspirativa de origen intrahospitalario y variación interanual. | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. | Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación. | Número | 1 | 2025 | 0 | 7.5% | 0 | 1. Realizar la búsqueda de casos por dinámica del servicio de Neumología 2. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Almera 3. Socializar el resultado e implementar acciones de mejoramiento frente a las desviaciones (si aplica) 4. Sensibilización al personal médico de la Unidad Neonatal en: Indicaciones de inicio de vía oral y volúmenes de inicio además vía de administración como succión, sonda orogastrica, Sema, chupo, vaxito, jeringa. Indicaciones generales del manejo del neonato a término y prematuro y de otras situaciones como asfixia perinatal, síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrosante, transfusiones, entre otras. 5. Verificación de Alimentación al recién nacido con sonda nasogástrica (informes) | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | \$ 5,000,000 | UCI Neonatal Dirección científica | neonatos.lider@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS | Intervenir los pacientes con diagnóstico de apendicitomía en un tiempo de término no mayor a 6 horas | Oportunidad en la realización de apendicitomía | Número de pacientes con diagnóstico de apendicitomía al egreso a quienes se realizó la apendicitomía, dentro de los seis horas de confirmada el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitomía al egreso en la vigencia objeto de evaluación. | Porcentaje | 96% | 2025 | ±0.9 | 7.5% | ±0.9 | Estadísticas de pacientes con Diagnóstico de apendicitomía se revisaron el 100% de las historias clínicas de pacientes | | | | 90% | 90% | 90% | 90% | | \$ 5,000,000 | Urgencias Unidad quirúrgica Dirección Científica | urgencias.subdirec@hus.org.co quirurgiamayor.lider@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | Atender oportunamente los pacientes con diagnóstico de infarto Agudo de Miocardio | Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico de infarto Agudo de Miocardio | Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia. | Porcentaje | 97% | 2025 | ±0.9 | 7.5% | ±0.9 | 1. Realizar la medición mensual y análisis trimestral del resultado de indicador en el sistema de información Almera 2. Realizar el análisis trimestral del indicador en el sistema de información Almera y tomar acciones frente a las desviaciones (si aplica) 3. Socializar la medición del indicador al Subdirector de medicina interna y subdirector de Urgencias 4. Socialización trimestral de la GPC (IAM) en el servicio de urgencias. | | | | 90% | 90% | 90% | 90% | | \$ 5,000,000 | Urgencias Medicina Interna Dirección Científica | urgencias.subdirec@hus.org.co medicina.lider@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| Eje 3. Determinantes sociales de la salud | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN ESTRATÉGICA | Identificar el uso adecuado de la estancia hospitalaria en el HUS | Eficiencia operativa | Número de pacientes con utilización adecuada de la estancia / Total de pacientes evaluados * 100 | Porcentaje | 90.6% | 2025 | ±0.9 | 7.5% | ±0.9 | Verificar la utilización adecuada de las estancias de acuerdo a De acuerdo al manual Eficiencia con calidad y seguridad del paciente del Ministerio de la Protección Social | | | | 80% | 80% | 80% | 80% | | | Dirección Científica | direccion.cientifica@hus.org.co | | | |
| MISIONAL (80%) | | | | | | | | | | 80% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | Certificar la implementación del Plan de Gestión del Riesgo Hospitalario | ESE con plan de gestión del riesgo certificado | No. De certificaciones recibidas | Número | 0 | 2025 | Certificación | 1% | | Plan de Acción | | | | 25% | 25% | 25% | 25% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Dirección Administrativa | direccion.administrativa@hus.org.co | | | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Ben gobernar | Eficiencia y modernización administrativa | ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD | Ejecutar el plan de acción propuesto para el programa de humanización. | % de cumplimiento | No. Actividades ejecutadas/ No. Actividades programadas*100. | Porcentaje | 100% | 2025 | 85% | 1% | 85% | 1. Realizar actividades de sostenibilidad de las Líneas Estratégicas de Programa de Humanización según el Cronograma de Actividades del Programa de Humanización. 2. Fortalecer la Humanización en el servicio de Urgencias, UCI y Sala de Partos (Mínimo una estrategia). 3. Continuar socializando la Política de Humanización del HUS y el Programa de Humanización con sus respectivas líneas estratégicas. | | | | | 50% | | 50% | | \$ 30,000,000 | Dirección de Atención al Usuario y Comité de Humanización | atencion.usuario@hus.org.co | | | |
| Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias | Conunidad | Integridad Humana | GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD | Aumentar en 2 puntos el total de residuos reciclables generados en la atención a través de la prestación de servicios. | Residuos reciclables | Porcentaje de residuos reciclables generados en la vigencia actual / Porcentaje de residuos reciclables generados en la vigencia anterior | Número | 7% | 2025 | ±2 | 1% | 25% | Campañas de capacitación. Medición de Material Reciclable Incorporado a cadenas productivas. Estrategias de Economía Circular: ciclo de vida de los materiales. Valorización de Residuos con potencial Aprovechable en cualquiera de sus formas. | | | | | | 50% | 50% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co | | | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Conunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTIÓN FINANCIERA | Recuperar el 100% de la cartera mayor a 360 días incluyendo cuentas por cobrar establecido en el presupuesto | Recuperar el 100% de la cartera mayor a 360 días incluyendo cuentas por cobrar | Valor recaudado por cartera > 360 días cuentas por cobrar / Total cartera presupuestada | Porcentaje | 100% | 2025 | 100% | 1% | 100% | Informe de recaudo consolidado por vigencias y años. Circularización de saldos vs. solicitud, actas por cruce de cartera | | | | 25% | 25% | 25% | 25% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Líder de Cartera | cartera.lider@hus.org.co | | | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Conunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTIÓN FINANCIERA | Recuperar el 100% de la cartera establecida en presupuesto (corriente) | 100% de recuperación | Valor recaudado por cartera corriente establecida en presupuesto / Total cartera corriente proyectada en el presupuesto | Porcentaje | 19% | 2025 | 100% | 1% | 100% | Informe de recaudo consolidado por vigencias y años. Circularización de saldos vs. solicitud, actas por cruce de cartera | | | | 5% | 15% | 40% | 40% | | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Líder de Cartera | cartera.lider@hus.org.co | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|------------------------------------|--|---|--|---|------------|------|------|------|-------|------|---|------|------|------|------|--|----------------------|--|---|
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Comunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTION FINANCIERA | Incrementar en 32% las ventas de servicios de salud con las ERP | Ventas por prestación de servicios de salud | Diferencia entre el periodo actual y el periodo anterior / Total de las ventas del periodo anterior* | Porcentaje | 26% | 2025 | 12% | 1% | 12% | Certificación del incremento de las ventas Balance de Prueba de la vigencia actual y anterior | 3% | 3% | 3% | 3% | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Lider de Facturacion | facturacion.lider@hus.org.co | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Comunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTION FINANCIERA | Mantener la Radicación por encima del 95% de la Facturación. | Facturación radicata | valor total de facturación radicata consolidada / facturación generada en el periodo anterior * 100 | Porcentaje | 97% | 2025 | 95% | 1% | 95% | Cronograma de Radicación Informe del cumplimiento de la Radicación Informe de facturación pendiente por radicar Informe de ingresos abiertos a marzo 31 del 2026 Certificación de radicación por sedes servicios de diciembre 2025 y enero y feb del 2026 a marzo 31 del 2026 | 100% | 100% | 100% | 100% | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Lider de Facturacion | facturacion.lider@hus.org.co | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Comunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTION FINANCIERA | Análisis trimestral de los (6) principales servicios que generan pérdidas como utilidad | Costos Hospitalarios | Ingresos - costos - gastos administrativos | Numero | 100% | 2025 | 6 | 1% | 6 | *Descargar reporte Trimestral de utilidad generado por el sistema Dinamica General por centro de producción para seguimiento detallado. *Análisis vertical de manera trimestral a todos los servicios para evaluar las variaciones en costos, gastos administrativos versus venta de servicios. *Certificación Trimestral de utilidad o perdida por parte del Lider de Costos | 100% | 100% | 100% | 100% | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Referente de Costos | financiera.costos1@hus.org.co | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Comunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTION FINANCIERA | 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 | 3% | 2025 | <5% | 1% | <5% | Capacitación y socialización sobre los motivos de glosa y devoluciones a las sedes y al personal involucrado Cronograma de conciliación con las diferentes EPS Certificación de glosa aceptada | <5% | <5% | <5% | <5% | Recursos Humanos Técnicos y Financieros | Lider de Objeciones | objeciones.lider@hus.org.co | |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Comunidad | Infraestructura para el desarrollo | GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD | Implementar en 90% el plan de acción de MIPG, acorde a los resultados del Furag | % cumplimiento del plan de acción | Número actividades ejecutadas/Número actividades programadas * 100 | Porcentaje | 96% | 2025 | 90% | 1% | 90% | Realizar la implementación del cronograma de implementación del MPG | 25% | 25% | 25% | 25% | \$ | 20,000,000 | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Ben gobernar | Gobierno comunitario | ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD | Formular y ejecutar en 80% el plan de acción de la gestión pública de participación social. | % cumplimiento del plan de acción | Número actividades ejecutadas/Número actividades programadas * 100 | Porcentaje | 97% | 2025 | 85% | 1% | 85% | 1. Mantener en mínimo un 70% de actividades de información y comunicación implementadas para propiciar la participación social y comunitaria. 2. Promover en los integrantes de las diferentes formas de Participación social la información publicada en la Página Web del HUS en el Link de Atención al Ciudadano 3. Fortalecer el uso y apropiación de tecnologías de información por la Asociación de Usuarios y la Vendeuría en Salud del HUS 4. Mínimo 80% de ejecución del cronograma de : a). Programa de promoción y prevención (pacientes con patologías crónicas); b). IAMI año 2025 5. Contar con del Representante de la Asociación de Usuarios a la Junta Directiva del HUS, al Comité de Ética, al Comité de IAM. | - | 50% | - | 50% | \$ | 30,000,000 | Dirección de Atención al Usuario | atencion.usuario@hus.org.co |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Ben gobernar | Gobierno comunitario | ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD | Mantener la satisfacción global de los usuarios de la IPS | Satisfacción global de los usuarios | No de usuarios que respondieron "muy buena" o "buena" a la pregunta cómo calificaria su experiencia global de atención en los servicios de salud de su IPS/No de usuarios que respondieron la pregunta. | Porcentaje | 99% | 2025 | 97% | 1% | 97% | 1. Identificar y apoyar la gestión de las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias. 2. Continuar con la implementación del Modelo de Calidad de Enfermería 3. Fortalecer los canales para la asignación de citas medicas, identificar barreras de acceso y definir estrategias para mitigarlas. 4. Fortalecer la intervención de población diferencial (Etnias, Discapacidad, Adulto Mayor, Róm, gestantes, etc.) mediante la elaboración de estudio social e intervención respectiva. (Informe Semestral) 5. Continuar con el desarrollo del Comité de Referencia, Contrarreferencia y traslados entre sedes de la Red Samaritana, para fortalecer la atención integral de los pacientes en todos los niveles de atención. 6. Continuar identificando y priorizando las necesidades de hospitalización (II Trim) y definir e implementar estrategias viables que contribuyan a la comodidad y bienestar del paciente durante el proceso de atención (IV trim). | 25% | 25% | 25% | 25% | \$ | 20,000,000 | Director de Atención al Usuario Subdirectora de Enfermería Subdirectora de Consulta Externa Subdirectora de Urgencias Lider de Proyecto de Trabajo Social (e) Subdirector de Soporte Hospitalaria (e) | atencion.usuario@hus.org.co enfermeria.subdirect@hus.org.co consultaexterna.subdirect@hus.org.co urgencias.subdirect@hus.org.co proyecto.trabajo.social.lider@hus.org.co soporte.hospitalaria.subdirector@hus.org.co |
| Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la Salud Pública | Ben gobernar | Gobierno comunitario | ATENCIÓN AL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD | Ejecutar en 95% el plan de mejora de PGR. | Ejecución del plan de PGR | No. Actividades ejecutadas/No. De actividades propuestas. | Porcentaje | 96% | 2025 | 95% | 1% | 95% | 1. Realizar solicitud de planes de mejoramiento a los Líderes de Proceso según pertinencia y/o conocer lo que planteen los lider de proceso como respuesta a la intervenciones de PGRS 2. Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de correcciones o acciones correctivas y/o de mejoramiento formulados en planes de mejora por parte de los líderes de los procesos | 25% | 25% | 25% | 25% | \$ | 20,000,000 | 1. Director de Atención al Usuario y Subdirectora de Defensoría del Usuario 2. Subdirectores y/o | atencion.usuario@hus.org.co defensoria.usuario@hus.org.co |
| Eje 6. Concomitamiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria | Comunidad | Integridad Humana | GESTION JURIDICA | 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% | 2025 | 85% | 1% | 85% | 1. Incluir dentro del programa de auditorias internas del Hospital las auditorias a los procesos judiciales de la entidad 2. Realizar auditoria a los procesos conforme a la matriz de procesos judiciales de la entidad, para verificar el cumplimiento de los terminos procesales. 3. Realizar la publicación de los procesos judiciales y constitucionales en la página web de la entidad. 4. Informe y seguimiento politico de daño antijuridico vigencia anterior 5. Incluir dentro de las obligaciones de los contratos médicos asistenciales y administrativos que lo requieren el acatamiento de la politica de prevención del daño antijurídico fijada por la entidad. 6. Evaluar la ejecución de la política de daño antijurídico para determinar su continuidad y/o modificación. | 100% | 100% | 100% | 100% | \$ | 20,000,000 | Jefe Oficina Asesora Jurídica | asesoria.juridica.lider@hus.org.co |
| Eje 6. Concomitamiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria | Comunidad | Integridad Humana | GESTIÓN JURÍDICA | Cumplimiento de las actividades a cargo de la oficina asesora jurídica dentro de las diferentes etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia | Gestión de la Oficina Jurídica | Número de actividades contractuales gestionadas a cargo de la oficina asesora jurídica / Total de actividades requeridas de gestión jurídica dentro de las diferentes etapas contractuales | Porcentaje | 100% | 2025 | 100% | 1% | 100% | Seguimiento a las actividades producto de gestión contractual a cargo de la Oficina Asesora Jurídica. (Evaluaciones, minutas contractuales, adiciones y promogap, aprobación de póliza, actas de liquidación, tramite de incumplimientos contractuales) | 100% | 100% | 100% | 100% | \$ | 20,000,000 | Jefe Oficina Asesora Jurídica | asesoria.juridica.lider@hus.org.co |
| APOYO (15%) | | | | | | | | 15% | | | | | | | | | | | | | |
| Eje 6. Concomitamiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria | Comunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | Aumentar la adherencia a las guías de práctica clínica de trastorno hipertensivo en gestantes. | % de adherencia a GPC | No. De auditorías que cumplen con la GPC/No. Auditorías realizadas | Numero | 100% | 2025 | ≥0,8 | 3.33% | ≥0,8 | 1. Realizar la verificación mensual de la adherencia GPC de trastorno hipertensivo en gestantes. 2. Realizar el análisis del indicador 3. Realizar acciones de mejoramiento de acuerdo al resultado de la adherencia (si aplica) | 25% | 25% | 25% | 25% | \$ | 5,000,000 | Dirección Científica | direccion.cientifica@hus.org.co |
| Eje 6. Concomitamiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria | Comunidad | Integridad Humana | GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | Aumentar la adherencia a la guía de práctica clínica de la primera causa de ingreso hospitalario o mortalidad atendida. | % de adherencia a GPC | No. De auditorías que cumplen con la GPC/No. Auditorías realizadas | Numero | 97% | 2025 | ≥0,8 | 3.33% | ≥0,8 | 1. Realizar la verificación mensual de la adherencia a la GPC de la primera causa de ingreso hospitalario o mortalidad atendida 2. Realizar el análisis del indicador 3. Realizar acciones de mejoramiento de acuerdo al resultado de la adherencia (si aplica) | 25% | 25% | 25% | 25% | \$ | 5,000,000 | Dirección Científica | direccion.cientifica@hus.org.co |
| Eje 6. Concomitamiento en Salud Pública y Soberanía Sanitaria | Comunidad | Integridad Humana | GESTION INTEGRADA DE LA CALIDAD | Cumplir en 85% los planes de mejora institucionales propuestos como resultado de las auditorías internas y externas. | % de cumplimiento del plan de mejoramiento. | No. Actividades ejecutadas/No. Actividades programadas * 100. | Porcentaje | 89% | 2025 | 85% | 3.33% | 85% | Planes de Mejoramiento Almera Actas de comité de mejoramiento institucional | 90% | 90% | 90% | 90% | \$ | 50,000,000 | Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad | planeacion.lider@hus.org.co |
| EVALUACIÓN (10%) | | | | | | | | 10% | | | | | | | | | | | | | |

(ORIGINAL FIRMADO)
JORGE ANDRÉS LÓPEZ QUINTERO
Gerente

(ORIGINAL FIRMADO)
LEONARDO DUARTE DÍAZ
Jefe Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad