

**GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA
SECRETARÍA DE SALUD
PLANES ESTRATÉGICOS HOSPITALARIOS
PLAN OPERATIVO ANUAL**

Nombre de la IPS: ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
 Código de habilitación de la IPS: 1100109224
 Fecha de Aprobación de la Junta Directiva:
 Nombre del Gerente: EDGAR SILVIO SÁNCHEZ VILLEGAS

# Estrategia	Meta de producto anual	Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base			Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
					Valor	Año 2020	Valor esperado Año 2 (2021)								
1.1	Mantener las condiciones de Habilitación de HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del Plan Mantenimiento de las condiciones de habilitación	Número de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación realizadas / Total de actividades del plan de mantenimiento de condiciones de habilitación programadas	porcentaje	100%	2020	95%	Realizar Autoevaluación de requisitos de Habilitación con base en la Res. 3100 de 2019 en el HUS	50%	50%			Informe de Autoevaluación de requisitos de Habilitación	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
Consolidar y realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento propuesto por los responsables de los servicios autoevaluados con base en la Res. 3100 de 2019 en el HUS								25%	25%	25%	100%	Planes de Mejoramiento elaborados			
2	Mantener la certificación de Acreditación en Salud para HUS Bogotá	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a Entidades Acreditadas	Indicador Nominal	Unidad	1.0	2019	1.0	Evaluación de Estándares de Acreditación realizada por ente externo (Seguimiento)				100%	Oficio radicado de Icontec	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
3	Aumentar en la autoevaluación de acreditación, respecto a la vigencia anterior en el HUS	Promedio de calificación de autoevaluación de los Estándares de Acreditación	Autoevaluación en la vigencia evaluada >3.5	Unidad	3.6	2019	3.6	Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación según Manual versión 3.1 con incremento de su calificación, respecto al periodo anterior.			100%		Informe de Autoevaluación de Estándares de Acreditación	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
4.1	Mantener por encima del 90% el cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Bogotá	% de Cumplimiento del PAMEC	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas *100	porcentaje	91%	2019	>90%	Seguimiento a la calidad de las evidencias de las acciones de mejoramiento del PAMEC para Acreditación en Salud	25%	25%	25%	90%	Informe de Seguimiento del Plan de Mejoramiento para Acreditación en Salud	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
Evaluar por grupo de estándares el número de acciones realizadas contra el número de acciones programadas *100 y hacer informe de gestión.								25%	25%	25%	90%	Informe de ejecución del Programa de Auditoría interna de Calidad			
5.1	Implementar en 90% el Plan de Mejoramiento de la Calidad - MOCA, con base en los indicadores de la Resolución 256 de 2016, estableciendo un tablero de control de calidad en el HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad MOCA	# actividades ejecutadas / # actividades programadas *100	porcentaje	90%	2019	> 90%	Elaborar Plan de Mejoramiento específico para indicadores de la Resolución 256	25%	25%	25%	90%	Plan de Mejoramiento específico para indicadores de la Resolución 256 elaborado	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
5.2								Seguimiento a indicadores críticos (Resultado fuera de meta) para indicadores de la Resolución 256	25%	25%	25%	90%	Informe de Seguimiento del Plan de Mejoramiento específico para indicadores de la Resolución 256		
6	Cumplimiento oportuno del reporte relacionado con el Sistema de Información para la Calidad (SIC) HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento del reporte oportuno del Sistema de Información para la Calidad	Número de reportes del SIC enviados de manera oportuna / Total de reportes del SIC	porcentaje	100%	2018	100%	Reporte de los Indicadores del SIC dentro de los términos establecidos (HUS)		100%		100%	Reporte de envío de indicadores SIC	Dirección de Atención al Usuario Lider de Proyecto de Estadística	atencionu.direccion@hus.org.co
7	Mantener los servicios Certificados en Gestión de la Calidad bajo la NTC ISO 9001.2015 Bogotá	Certificado de Calidad bajo la NTC ISO 9001.2015	NA	Unidad	6	2016	6	Seguimiento a la ejecución de los Planes de Mejoramiento producto de la Auditoría Interna para ISO 9001.2015	100%		100%		Informe de cumplimiento	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
8	Implementar el portafolio de servicios de acuerdo con la tipología definida en la Reorganización de la Red teniendo en cuenta el trabajo articulado de la Región en salud y la sostenibilidad financiera de los servicios en el tiempo.	Porcentaje de implementación	# actividades ejecutadas / # actividades programadas *100	porcentaje	88	2019	10%	Realizar diagnóstico de portafolio de servicios que debería tener el HUS según tipología definida en la Reorganización de la Red			100%	100%	Diagnóstico de servicios	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
9.1	Implementar el Plan de Acción de MIPG, acorde a los autodiagnósticos realizados a nivel Institucional	% cumplimiento del plan de acción MIPG	Número actividades ejecutadas / Número actividades programadas *100	Porcentaje	72.8	2019	23%	Ejecutar el Plan de Acción del MIPG	25%	25%	25%	100%	Plan de Acción MIPG	Comité Gestión y Desempeño	planeacion.lider@hus.org.co
9.2								Seguimiento al Plan de Acción del MIPG	25%	25%	25%	100%	Informe de seguimiento al Plan de Acción MIPG		
10.1	Cumplir 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 en los planes de mejoramiento *100.	Porcentaje	85%	2019	85%	Realizar reuniones trimestrales con los líderes de los procesos a cargo para monitorear la inclusión de las observaciones producto de las auditorías internas y externas (control interno, planeación, entes de control) en los planes de mejoramiento, así como la verificación de los avances	25%	25%	25%	100%	Actas de reuniones listado de asistencia	Directores (Dirección administrativa, Dirección científica, Dirección Financiera; Director de Atención al Usuario) Líderes de procesos	financiera.lider@hus.org.co atencionu.direccion@hus.org.co administrativa@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co
10.2								Incluir en los informes de gestión trimestrales los avances de los planes de mejoramiento producto de producto de las auditorías internas y externas (control interno, planeación, entes de control)	25%	25%	25%	100%	Informes de Gestión	Directores (Dirección administrativa, Dirección científica, Dirección Financiera; Director de Atención al Usuario) Jefes de oficinas asesoras (oficina asesora de : planeación, control interno y Jurídica)	financiera.lider@hus.org.co atencionu.direccion@hus.org.co administrativa@hus.org.co direccion.cientifica@hus.org.co
10.3								Informe de avance del cumplimiento de planes de Mejoramiento según las distintas fuentes definidas en procedimiento institucional.				100%	Informe de la oficina asesora de planeación radicado en gerencia con copia la comité directivo.	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co
10.4								Verificar cada tres meses la publicación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por la oficina de control interno	100%	100%	100%	100%	Informe radicado en gerencia	Jefe de oficina de control Interno	centro.lider@hus.org.co
10.5								Verificar y reportar el cumplimiento de los planes de mejoramiento a la contraloría y a los miembros del comité responsables del cumplimiento	100%	100%	100%	100%	Informe Radicado en la Contraloría Departamental	Jefe de oficina de control Interno	Jefe de oficina de control Interno

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)								
					Valor	Año 2020									
11.1	Obtener la Certificación del Sistema de Gestión Ambiental bajo la NTC ISO 14001:2015 en la Sede Bogotá	% de avance en la Mejora del Sistema de Gestión Ambiental	N° Oportunidades de mejora cerradas / N° oportunidades de mejora identificadas	Porcentaje	30%	2020	50%	Definir las oportunidades de mejora del Sistema de Gestión Ambiental dentro del ciclo PHVA	100%				Informe de las oportunidades de mejora definidas del Sistema de Gestión Ambiental	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
11.2								Establecer cronograma de implementación de las oportunidades de mejora identificadas del Sistema de Gestión Ambiental	50%	50%			Cronograma de implementación de Oportunidades de mejora del Sistema de Gestión Ambiental	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
11.3								Verificar cierre de ciclos de las Oportunidades de mejora del Sistema de Gestión Ambiental		50%		50%	Informe de cumplimiento de las oportunidades de mejora	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
12	Implementar el plan de acción del Programa Hospital Verde para el HUS Bogotá	Ejecución del plan de acción del Programa Hospital Verde para el HUS Bogotá	N°. Acciones implementadas del plan de acción / Total de acciones programadas del plan de acción del Programa Hospital Verde *100	Unidad	95%	2020	≥90%	Ejecutar las Líneas Estratégicas Plan de Acción de Hospital Verde según cronograma establecido en el HUS Bogotá	≥90%	≥90%	≥90%	≥90%	Seguimiento al cronograma de ejecución del Plan de Acción de Hospital Verde del HUS	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Gestión Ambiental	planeacion.lider@hus.org.co planeacion.ambiental@hus.org.co
13.1	Ejecutar el Programa de Gestión Integral del Riesgo institucional en lo aplicable al HUS Bogotá	Porcentaje de cumplimiento Programa de Gestión Integral del Riesgo	Número de actividades desarrolladas / Total actividades propuestas * 100	Porcentaje	92%	2019	>90%	Consolidación de la Formulación de Planes de Mejora de los Riesgos institucionales que lo requieran	25%	25%	25%	100%	Planes de Mejoramiento formulados	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
13.2								Realizar seguimiento anual a los controles establecidos por la institución		100%		100%	Informes y seguimiento al cronograma de ejecución del Programa de Gestión del Riesgo del	Oficina Asesora de Control Interno	cinfermo.lider@hus.org.co
14	Fortalecer el Programa Institucional en Seguridad del Paciente	Porcentaje de cumplimiento del Programa de Seguridad del Paciente	Número de actividades desarrolladas / Total de actividades propuestas * 100	Porcentaje	91%	2019	>90%	Ejecutar las Líneas estratégicas del Programa de Seguridad del Paciente en Bogotá según cronograma establecido	25%	25%	25%	100%	Informe de seguimiento	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	planeacion.lider@hus.org.co
15	Mantener la Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales para Bogotá	Certificación INVIMA en Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales	NA	Unidad	1	2019	1	Solicitud de visita de certificación de buenas practicas de manufactura de gases medicinales al INVIMA		100%		100%	Radicado de solicitud de visita para certificación en BPM GASES	Director Científico Lider del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
16	Incrementar la adherencia del proceso de conciliación medicamentosa en hospitalización	Porcentaje de adherencia a la conciliación medicamentosa	Número de pacientes con conciliación medicamentosa en hospitalización / número de pacientes hospitalizados nuevos en el periodo *100	Porcentaje	25%	2019	50%	Realizar seguimiento mensual de la adherencia al Protocolo Conciliación Medicamentosa de los 3 servicios priorizados de hospitalización (Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia) y consulta externa.	25%	25%	25%	100%	Informes de seguimiento de la adherencia al protocolo de Conciliación Medicamentosa.	Director Científico Lider del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
17	Fortalecer el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes en el servicio de hospitalización	Porcentaje de pacientes con intervención farmacoterapéutica	Número intervenciones por paciente objeto de seguimiento farmacoterapéutico / total pacientes con seguimiento farmacoterapéutico * 100	Porcentaje	20%	2019	50%	Implementar la participación de Profesionales farmacéuticos como parte del equipo multidisciplinario de unidad de cuidados intensivos para identificar un mayor número de novedades en uso de medicamentos	25%	25%	25%	100%	Informe de gestión del Programa de seguimiento farmacoterapéutico	Director Científico Lider del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co
18.1	Gestionar, analizar los eventos adversos del proceso de imágenes diagnósticas	Porcentaje de eventos adversos relacionados a imágenes diagnósticas	Número total de eventos adversos (imágenes diagnósticas) gestionados / número total de eventos adversos presentados (imágenes diagnósticas)*100	Porcentaje	100%	2019	100%	1. Análisis y clasificación de la Novedad de seguridad de imágenes diagnósticas reportadas	100%	100%	100%	100%	1. Bases de datos de seguridad del paciente con el soporte del análisis y clasificación de la novedad	Director Científico Coordinadora de imágenes diagnósticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.lider@hus.org.co
18.2								2. Eventos de seguridad del paciente priorizados y gestionados desde el proceso de imágenes diagnósticas	100%	100%	100%	100%	2. Bases de datos de seguridad del paciente con el soporte del análisis y clasificación de la novedad		
19.1	Gestionar y analizar NOVEDADES DE SEGURIDAD del proceso de laboratorio clínico	Porcentaje de eventos adversos relacionados al proceso de laboratorio clínico	Número total de eventos adversos (laboratorio clínico) gestionados / número total de eventos adversos presentados (laboratorio clínico)*100	Porcentaje	0,003%	2019	100%	1. Notificación de hallazgos, productos no conformes o reportes en novedades de seguridad	100%	100%	100%	100%	2. Bases de datos de seguridad del paciente	Director Científico Coordinadora de laboratorio Clínico	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
19.2								2. Análisis y clasificación de la Novedad de seguridad de laboratorio clínico reportada	100%	100%	100%	100%	2. Bases de datos de seguridad del paciente con el soporte del análisis y clasificación de la novedad		
19.3								3. Indicadores en Alimera de seguridad del paciente de laboratorio implementados (Productos no conforme)	100%	100%	100%	100%	3. Indicador de Producto no conforme analizado		
20.1	Porcentaje cumplimiento de oportunidad en el ciclo total de administración de hemocomponentes en Código rojo	Sumatoria de los minutos transcurridos desde la solicitud de hemocomponentes código rojo hasta la devolución de los desechos / total de transfusiones de código rojo	MINUTOS	ND	2019	49	1. Seguimiento de los tiempos del ciclo de atención en la trasfusión	25%	25%	25%	100%	1. Matriz del ciclo total atención en la trasfusión de hemocomponentes	Dirección Científica Coordinadora Banco de Sangre	direccion.cientifica@hus.org.co banco.lider@hus.org.co	
20.2							2. Mejora de desviaciones encontradas	25%	25%	25%	100%	2. Indicador de Oportunidad del ciclo total de administración de hemocomponentes en código rojo en el sistema de información			

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)									
					Valor	Año 2020										
20.3	Implementar la medición del ciclo total de transfusión de hemocomponentes desde la solicitud hasta la devolución de los desechos (urgencia vital, código rojo)	Construcción de línea base del indicador basado en comportamiento de Quejas - Reclamos (QR) relacionadas con Atributo de Humanización en Hotelería y Trabajo Social y Atributo de Seguridad en Enfermería	Número de QR relacionadas con Atributo de Humanización en Hotelería y Trabajo Social y Atributo de Seguridad en Enfermería / Total QR relacionadas con Atributo de Humanización y Seguridad *100	Porcentaje	ND	NA Se determinará una vez identificado o el % de línea base	49	Documentar el Banco de ideas o estrategias innovadoras de hotelería Hospitalaria para mejorar la comodidad del paciente durante la atención	5%	100%	100%	100%	Documento con ideas y/o estrategias	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Hotelería Hospitalaria Subdirección de Enfermería Líder de Proyecto de Trabajo Social	direccion.cientifica@hus.org.co banco.lider@hus.org.co	
20.4								Implementar Una (1) Estrategia de Innovación de Hotelería Hospitalaria para mejorar la comodidad del paciente durante la atención	20%				Documento con informe de implementación			
20.5								Implementar una (1) Estrategia que fortalezca la intervención de Trabajo Social en el Paciente ambulatorio de Consulta Externa	25%				Documento con informe de implementación			
20.6								Realizar Jornadas de capacitación al personal de enfermería en los siguientes procedimientos y/o programas prioritizados: 1. Prevención de lesiones de Piel por Presión 2. Estrategia multimodal	10%	25%	25%	25%	Informe de ejecución de jornadas de capacitación Listados de asistencia de capacitación fotos u otros			
20.7								Medir adherencia a los Procedimientos y/o Protocolos de Enfermería y definir acciones de mejora según resultados	15%		25%	25%	1. Informe de medición de adherencia a Procedimientos y/o Protocolos de Enfermería 2. Planes de Mejoramiento según			
20.8								Realizar Campaña de estimulación a la lectura y consulta de Protocolos, Procedimientos y Guías publicados en la intranet al personal de Enfermería	5%	25%	25%	25%	Documento con informe de implementación			
20.9								Mejorar la pertinencia en la formulación y cumplimiento del PAE en Pacientes hospitalizados Fortalecer la Atención de Enfermería a través del mejoramiento de la pertinencia en la formulación y cumplimiento de los Planes de Atención de Enfermería (PAE) realizando seguimiento a los siguientes Indicadores: 1. % de PAE's formulados correctamente - Fórmula: # de PAE's formulados correctamente / Total	20%	25%	25%	25%	1. Informe de medición de adherencia indicadores propuestos			
21	Implementar la medición del ciclo total de atención de apoyo diagnóstico en imagenología desde la solicitud hasta la definición de conducta en internación y urgencias	Oportunidad de cumplimiento menor a 5 días en el ciclo total de imágenes diagnósticas TAC	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de RM a imágenes diagnósticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de RM solicitados en el mismo periodo	Días	5	2020	< a 5	< a 5	< a 5	< a 5	< a 5					
22	Implementar la medición del ciclo total de atención de apoyo diagnóstico en imagenología desde la solicitud hasta la definición de conducta en internación y urgencias	Oportunidad de cumplimiento menor a 5 días en el ciclo total de imágenes diagnósticas Resonancia M.	Sumatoria de los días transcurridos desde la entrega de la orden de TAC a imágenes diagnósticas hasta la entrega del resultado al servicio solicitante / total de TAC solicitados en el mismo periodo	Días	5	2020	< a 5	< a 5	< a 5	< a 5	< a 5	Dirección Científica Coordinadora de Imágenes Diagnósticas	direccion.cientifica@hus.org.co radiologia.coordinacion@hus.org.co			
23.1	Implementar la medición del ciclo total de exámenes de laboratorio clínico prioritizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos (internación y urgencias)Clínicos	Oportunidad en la entrega de exámenes de laboratorio clínico prioritizados, en internación y urgencias, para especialidades clínicas	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden médica de examen priorizado al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes prioritizados en el mismo periodo	horas/examen	ND	2020	Línea base	1. Realizar acuerdos de servicios con el proceso de hospitalización	25%	25%	25%	100%	1. Actas de acuerdo de servicio	Dirección Científica de Laboratorio Clínico	Coordinador	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
23.2								2. Socializar los acuerdos con la partes interesadas	25%	25%	25%	100%	2. Actas de socialización			
23.3								3. Medición, análisis y toma de decisiones frente a las desviaciones encontradas	25%	25%	25%	100%	3. Indicador en Almera PUMP (en Almera) según sea el caso			
23.1	Implementar la medición del ciclo total de exámenes de laboratorio clínico prioritizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos (internación y urgencias)Quirúrgicos	Oportunidad en la entrega de exámenes de laboratorio clínico prioritizados, en internación y urgencias, para especialidades quirúrgicas	Total de horas transcurridas desde la entrega de la orden médica de examen priorizado al laboratorio clínico hasta la entrega del resultado de laboratorio al servicio o profesional solicitante/Numero de exámenes prioritizados en el mismo periodo	horas/examen	ND	2020	Línea base	1. Realizar acuerdos de servicios con el proceso de hospitalización	25%	25%	25%	100%	1. Actas de acuerdo de servicio	Dirección Científica de Laboratorio Clínico	Coordinador	direccion.cientifica@hus.org.co laboratorio.lider@hus.org.co
23.2								2. Socializar los acuerdos con la partes interesadas	25%	25%	25%	100%	2. Actas de socialización			
23.3								3. Medición, análisis y toma de decisiones frente a las desviaciones encontradas	25%	25%	25%	100%	3. Indicador en Almera PUMP (en Almera) según sea el caso			
24.1								1. Realizar acuerdos de servicios con el proceso de hospitalización	25%	25%	25%	100%	3. Actas de acuerdo de servicio			

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)									
					Valor	Año 2020										
24.2	Implementar la medición del ciclo total de estudios anatomopatológicos priorizados desde la solicitud hasta la interpretación de los mismos	Porcentaje cumplimiento de oportunidad en ciclo total de estudios anatomopatológicos	Total de días hábiles transcurridos entre la solicitud médica de estudios anatomopatológicos y la interpretación de paracrínicos	Porcentaje	ND	2020	Línea base	2. Socializar los acuerdos con la partes interesadas	25%	25%	25%	100%	2. Actas de socialización	Dirección Científica de Patología	Coordinador	direccion.cientifica@hus.org.co patologia.lider@hus.org.co
24.3								3. Medición, análisis y toma de decisiones frente a las desviaciones encontradas	25%	25%	25%	100%	3. Indicador en Almería 3.1 PUMP (en Almería) según sea el caso			
25.1	Identificar novedades en seguridad del paciente en el proceso quirúrgico	Porcentaje de eventos adversos en Quirofano	Numero eventos adversos identificados en quirofano en el periodo/ Total de novedades en seguridad en en quirofano en el mismo periodo * 100	Porcentaje	SD	2020	100%	1. Construir el plan de trabajo a desarrollar para el rediseño del proceso de cirugía	100%	100%	100%	100%	1. Plan de trabajo aprobado	Dirección Científica Subdirector de Cirugía General Enfermera Programación de Cirugía		direccion.cientifica@hus.org.co cirugiageneral.lider@hus.org.co quirurgia.lider@hus.org.co
25.2		Porcentaje de eventos adversos en Quirofano	Numero eventos adversos identificados en quirofano en el periodo/ Total de novedades en seguridad en en quirofano en el mismo periodo * 100					2. Ejecutar las actividades del plan correspondiente	100%	100%	100%	100%	2. Soportes de las actividades planificadas en el periodo			
26.1	Mantener en cero el índice de neumonía bronco aspirativas de origen intrahospitalario	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.	Numero	0	2020	0%	1. Capacitar a los profesionales de Enfermería de la Unidad Neonatal en: - Paso de sonda oro gástrica - Posición del recién nacido o del paciente pediátrico u otros momentos de riesgo	100%	100%	100%	100%	1. Soportes las capacitaciones en los temas establecidos	Director científico Subdirectora de Enfermería Coordinador de Neonatología		direccion.cientifica@hus.org.co enfermeria.subdiret@hus.org.co neonatos.lider@hus.org.co
26.2								2. Medir la adherencia al conocimiento de las capacitaciones realizadas.	100%	100%	100%	100%	2. Consolidado de la adherencia al conocimiento de las capacitaciones			
26.3								3. Capacitar a auxiliares de enfermería del servicio de Pediatría y Unidad Neonatal en los temas relacionados a Lactancia materna y medidas para prevenir el reflujo y Bronco aspiración y la importancia del registro en Historia Clínica.	100%	100%	100%	100%	3. Soportes de las capacitaciones realizadas			
26.4								4. Medir la adherencia al conocimiento de las capacitaciones realizadas.	100%	100%	100%	100%	4. Consolidado de adherencia al conocimiento de las capacitaciones			
27.1	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 apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico / Total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	Numero	0,96	2020	≥0,9	1. Socializar a líderes y o subdirectores de servicios de Laboratorio Clínico, Urgencias, hospitalización, Cirugía, Quirofanos, Farmacia la ficha técnica del indicado	100%	100%	100%	100%	1. Soportes socialización	Director Científico Subdirector Cirugía General Subdirector de Urgencias		direccion.cientifica@hus.org.co cirugiageneral.lider@hus.org.co urgencias.subdirec@hus.org.co
27.2								2. Documentar el flujo de pacientes quirúrgicos desde urgencias	100%	100%	100%	100%	2. Documento del flujo de pacientes quirúrgicos publicado en Almería			
27.3								3. Socializar el resultado al subdirector del servicio a todos los procesos involucrados	100%	100%	100%	100%	3. Acta de socialización			
27.4								4. Realizar acciones de mejora a desviaciones no esperadas	100%	100%	100%	100%	4. Soporte de aplicación de la herramienta de verificación (Informe)			
28.1	Atender oportunamente los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo del miocardio (IAM)	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.	Razón	0,96	2020	≥0,9	1. Definir las variables estándar de la primera hora de atención del paciente con Infarto Agudo de Miocardio según el nivel de complejidad de las sedes del Hospital.	100%				1. Acta de reunión donde definen las variables	Director Científico Subdirector de Urgencias Subdirector de Medicina Interna Subdirector Cirugía General Líder de proceso de Hospitalización		direccion.cientifica@hus.org.co urgencias.subdirec@hus.org.co mintema.lider@hus.org.co cirugiageneral.lider@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
28.2								2. Socializar a líderes y o subdirectores de servicios de Laboratorio Clínico, Urgencias, Medicina Interna, Hospitalización, Farmacia la ficha técnica del indicador con el fin de facilitar el cumplimiento de actividades y estrategias.	100%		100%		2. Soporte de la socialización de la ficha técnica del indicador con el fin de facilitar el cumplimiento de actividades y estrategias.			
28.3								3. Socializar la Guía de Práctica Clínica relacionada a Infarto Agudo de Miocardio.	25%	25%	25%	100%	3. Consolidación de la medición de la adherencia			
28.4								4. Socializar la Guía de Práctica Clínica relacionada a Infarto Agudo de Miocardio y medición de la adherencia del conocimiento	25%	25%	25%	100%	4. Soporte de socialización de la Guía de Práctica Clínica relacionada a Infarto Agudo de Miocardio. Medir la adherencia del conocimiento de la Guía de			

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)								
					Valor	Año 2020									
28.5							5. Revisar y analizar la base de datos fuente del indicador de oportunidad de atención a pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio; análisis y realización de acciones de mejora.	25%	25%	25%	100%	5. Informe de la verificación de medición de la adherencia	Dirección Científica Auditor médico	direccion.cientifica@hus.org.co dcientifica.auditor2@hus.org.co	
29.1	Mejorar la gestión clínica de los Pacientes de Urgencias	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	ND	2020	90%	Elaboración de Plan de Mejoramiento según pertinencia como producto del análisis de los resultados de las auditorías médicas concurrentes realizadas a las Historias Clínicas de los pacientes de urgencias en el 2019	25%	25%	25%	100%	Informe cualitativos y cuantitativos	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias	subdirector.urgencias@hus.org.co/ atencionu.direccion@hus.org.co
29.2								Monitorear y analizar la mortalidad menor a 24 horas en Pacientes de urgencias y con base a los resultados formular las acciones de mejora a que haya lugar	25%	25%	25%	100%	Informe cualitativos y cuantitativos		
29.3								Elaborar y documentar el procedimiento de Revista médica administrativa en el servicio de Urgencias	100%				Procedimiento Publicado en Almera		
29.4								Socialización de el procedimiento de Revista médica administrativa en el servicio de Urgencias		100%			Planillas de Socialización		
29.5								Realizar la implementación de procedimiento de Revista médica administrativa en el servicio de Urgencias		25%	25%	25%	Reporte diario de la revista médica administrativa o matriz definida para tal fin		
30.1	Oportunidad de interconsulta por ortopedia.	Tiempo de interconsulta por especialidades (ortopedia, neurocirugía, urología)	Sumatoria de Horas transcurridas entre la solicitud de la interconsulta y la respuesta / Total de interconsultas respondidas	horas	4 horas	2020	4 horas	1. Medición de la oportunidad de interconsulta para cada una de las especialidades cada trimestre.	100%	100%	100%	100%	1. Documento que plasme el compromiso de la priorización de pacientes en urgencias o parte de él. Documento que indique al médico responsable de la respuesta	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Urgencias	subdirector.urgencias@hus.org.co/ atencionu.direccion@hus.org.co
30.2	Oportunidad de interconsulta por neurocirugía.			horas	4 horas	2020	4 horas	2. Identificación de resultados no esperados y definir sus causas.	100%	100%	100%	100%	3. Informe de gestión de Urgencias donde se demuestre el cumplimiento de la meta de 4Horas		
30.3	Oportunidad de interconsulta por urología.			horas	4 horas	2020	4 horas	3. Acciones de mejora ejecutadas/ programadas*100 con un 100% de resolución	100%	100%	100%	100%			
31.1	Optimizar el uso de los 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 quirófano programadas en cirugía electiva *100	Porcentaje	70	2020	70%	1. Verificar el % cumplimiento de horas de cirugía programada.	25%	25%	25%	100%	1. Informe de gestión	Dirección Científica Profesional Especializada-Programación de Cirugía	direccion.cientifica@hus.org.co quirurgica.lider@hus.org.co
31.2								2. Identificar e intervenir oportunidades de mejora para alcanzar su % de cumplimiento.			100%	100%	2. Informe auditoría concurrente de verificación de inicio del acto quirúrgico		
31.3								3. Realizar seguimiento a los pacientes ambulatorios pendientes de programación de cirugía	25%	25%	25%	100%	3. Informe de gestión del Proceso		
32.1	Revisar y ajustar los indicadores giro cama establecidos en el HUS por servicio	Giro Cama	Número de egresos en el periodo / Total de Camas disponibles en el periodo	Razón	4,3	2020	Por definir	1. Revisar con los líderes y subdirectores de las especialidades priorizadas el comportamiento del giro cama para ajustar la meta del indicador por servicio.			100%		1. Actas de reunión con subdirectores y líderes de la revisión realizada del indicador	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
32.2								2. Realizar análisis y seguimiento trimestralmente al indicador	100%	100%	100%	100%	2. Actas de análisis y seguimiento trimestral al resultado del indicador		
32.3								3. Analizar periódicamente las estancias prolongadas y sistemáticamente gestionar su resolución			50%	50%	3. Actas de reunión de análisis de estancias prolongadas		
33.1	Revisar y ajustar los indicadores de porcentaje ocupacional establecidos en el HUS por servicio	Porcentaje ocupacional	Total días cama ocupada/total días cama disponible *100	Porcentaje	130%	2020	Nueva línea Base	1. Revisar con los líderes y subdirectores de las especialidades priorizadas el porcentaje ocupacional por servicio y ajustar la meta del indicador.			100%		1. Actas de reunión con subdirectores y líderes de la revisión realizada del indicador	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
33.2								2. Realizar análisis y seguimiento trimestralmente al indicador			100%		2. Actas de análisis y seguimiento trimestral al resultado del indicador		
34.1	Revisar y ajustar los indicadores de promedio días estancia establecidos en el HUS por servicio	Promedio días estancia	Total días estancia de los egresos hospitalarios/total de egresos hospitalarios	Días	8	2020	Nueva línea Base	1. Revisar con los líderes y subdirectores de las especialidades priorizadas el comportamiento del indicador : Días estancia de los periodos anteriores y definir la meta por cada servicio.			100%		1. Actas de reunión con subdirectores y líderes de la revisión realizada del indicador	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
34.2								2. Realizar análisis y seguimiento trimestralmente al indicador			100%		2. Actas de análisis y seguimiento trimestral al resultado del indicador		
35.1								1. Definir los procesos involucrados dentro del proceso de egreso hospitalario para generar acuerdos de servicios para generar un egreso efectivo oportuno.	100%				1. Acta de reunión con los procesos involucrados en el egreso hospitalario (enfermería, hospitalización, facturación)		

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto					Valor esperado Año 2 (2021)	Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base										
					Valor	Año 2020									
35.2	Fortalecer el proceso de alta hospitalaria optimizando los tiempos asistenciales - administrativos involucrados en el mismo.	Oportunidad de el egreso hospitalario	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la orden medica de egreso hospitalario y el momento en el cual el paciente egresa efectivamente.	Horas	NA	2020	Por definir	2. Generar una herramienta tecnológica monitor de egreso hospitalario desde la generación de la orden medica (enfermería, farmacia y facturación) tener en tiempo real conocimiento del proceso.	50%	50%			2. Herramienta tecnológica monitor de egreso hospitalario 2.1 Soportes de socialización de herramienta tecnológica	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co
35.3								3. Realizar seguimiento periodo y sistemático de los resultados obtenido con el fin de definir tiempos de egreso por servicio.			100%	100%	3. Formalización del indicador de oportunidad de egreso hospitalario general y discriminado por proceso.		
35.4								4. Monitorizar la sala de egreso hospitalaria con la determinación del porcentaje de ocupación de la misma y los tiempos de duración del egreso.			100%	100%	4. Acta de reuniones trimestrales del proceso de egreso hospitalario.		
36.1	Maximizar el uso de la capacidad instalada de imágenes diagnosticas (TAC)	% ocupacional Imágenes Diagnósticas	Número Total de estudios de Imágenes diagnosticas realizadas / Número total de cupos de Imágenes diagnósticas disponibles *100	Porcentaje	79%	2020	89%	1. Realizar las capacitaciones avanzadas en las estaciones de trabajo del equipo de TAC. .	50%	50%			1. Informe de capacitaciones Realizadas por medio del proveedor	Dircción Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas	
36.2								2. Actualizar el portafolio de TAC con los estudios especializados de acuerdo a la tecnología disponible.			50%	50%	1. Portafolio de resonancia	Dircción Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas Lider de Mercadeo Lider de Facturación	
36.3								3. Monitorear el uso del TAC e incrementar su % de uso	25%	25%	25%	100%	3. Acta donde se relacione la tarifa definida de acuerdo a las formas de facturación		
37.1	Maximizar el uso de la capacidad instalada de imágenes diagnosticas (RM)	% ocupacional Imágenes Diagnósticas	Número Total de estudios de Imágenes diagnosticas realizadas / Número total de cupos de Imágenes diagnósticas disponibles *100	Porcentaje	79%	2020	89%	1. Realizar las capacitaciones avanzadas en las estaciones de trabajo del equipo de resonancia magnética. .				100%	1. Informe de capacitaciones Realizadas por medio del proveedor	Dircción Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas	radiologia.lider@hus.org.co radiologia.lider@hus.org.co
37.2								2. Actualizar el portafolio de resonancia magnética con los estudios especializados de acuerdo a la tecnología disponible.			30%	70%	1. Portafolio de resonancia	Dircción Científica Lider de proceso Imágenes Diagnosticas Lider de Mercadeo Lider de Facturación	radiologia.lider@hus.org.co radiologia.lider@hus.org.co mercadeo.lider@hus.org.co facturacion.lider@hus.org.co
37.3								3. Monitorear el uso de la RM e incrementar su % de uso	25%	25%	25%	100%	3. Acta donde se relacione la tarifa definida de acuerdo a las formas de facturación		
38.1	Obtener y mantener Certificación de Hospital Universitario	Certificación Hospital Universitario	NA	Unidad	1	2020	1	1. Desarrollo de las acciones de mejora dejados por la visita de certificación y alcanzar su cumplimiento en el 100%	25%	25%	25%	100%	1. Soportes de cada actividad programada en el plan de acción de docencia del modelo propio	Director científico Subdirector de Educación e Investigación Médica	direccion.cientifica@hus.org.co emedica.lider@hus.org.co
38.2								2. Mantener los convenios actuales de relación docencia servicio con las universidades internacionales	25%	25%	25%	100%	2. Curso virtual realizado con las universidades en convenio internacional		
38.3								3. Gestionar nuevo convenio con Universidades Internacionales	25%	25%	25%	100%	3. Correos, oficios de la gestión realizada con las Universidades Internacionales		
38.4								4. Realizar seguimiento a los grupos de investigación	25%	25%	25%	100%	4. Actas de seguimiento a los grupos de investigación 4.1. Soporte de categorización Milenarias que influye la categoría		
39.1	Evaluar el porcentaje de implementación de criterios y Fases establecidas para el desarrollo de un Centro de Excelencia en el servicio de Neurocirugía con enfoque en Trauma Raquimedular u otras condiciones o patologías	Cumplimiento de criterios para la puesta en funcionamiento del centro de excelencia	Numero de actividades desarrolladas de acuerdo a la fase de implementación de proyecto / Total de actividades propuestas en el desarrollo del proyecto*100	Porcentaje	25%	2020	25%	Revisar y replantear el cronograma del proyecto para la implementación del centro de excelencia				100%	Cronograma aprobado (Firmado por los responsables)	Director Científico Subdirector de Neuro cirugía	direccion.cientifica@hus.org.co
39.2								Continuar con el desarrollo de las actividades del cronograma			50%	50%	Soportes de las actividades programadas		
40.1	Aumentar el procesamiento de muestras de laboratorio clínico	Número de estudios de apoyo diagnóstico implementados en el portafolio de servicio	Total estudios realizados en el proceso de Apoyo Diagnóstico	Unidad	3	2020	3	1. Realización de estudios previos para adquisición de nuevas tecnologías				100%	1. Orden de compra adquisición de nuevas tecnologías	Director científico Coordinadora de laboratorio clínico	direccion.cientifica@hus.org.co patologia.lider@hus.org.co
40.2								2. Adquisición de tecnologías, entrenamiento, verificación y puesta en marcha de nuevos servicios				100%	2. Resultado de las pruebas implementadas y validas		
40.3								3. Seguimiento y control en el tiempo de nuevas pruebas implementadas				100%	3. Informe de control calidad		
41	Avanzar en la implementación de los programas priorizados	Porcentaje de avance de Programas de salud priorizados	Numero de actividades ejecutadas / numero de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2020	30%	Realizar seguimiento a los cronogramas definidos para la vigencia de cada uno de los Programas institucionales dependientes d ela Política de Prestación de Servicios del HUS				100%	100%	Director Científico	direccion.cientifica@hus.org.co
42	Avanzar en la implementación de las clínicas priorizadas	Porcentaje de avance Clínicas institucionales priorizadas	Numero de actividades ejecutadas / número de actividades programadas *100	Porcentaje	100%	2020	30%	Realizar seguimiento al Plan de Acción de la vigencia definido para las Clínicas institucionales del HUS	25%	25%	25%	100%	Informe de seguimiento al Plan de Acción de la vigencia definido para las Clínicas institucionales del HUS	Director Científico	direccion.cientifica@hus.org.co
43	Implementar el Centro de Referencia en Telemedicina en las modalidades (Teleconsulta y telediagnostico)	porcentaje de cumplimiento del plan de acción	Numero de acciones ejecutadas / Número de acciones programadas para el periodo * 100	Porcentaje	100%	2020	30%	Prestación de servicios de Teleconsulta	25%	25%	25%	100%		Director Científico	direccion.cientifica@hus.org.co

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)									
					Valor	Año 2020										
44	Implementar el Plan de Acción de Humanización en el HUS Bogotá	% de cumplimiento de Líneas Estratégicas implementadas	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	93%	2020	80%	Actualizar el Programa de Humanización Institucional	25%	25%	25%	100%	Programa de Humanización actualizado aprobado por el Gerente	Dirección de Atención al Usuario	atencionu.direccion@hus.org.co	
45.1	Ejecutar el plan de mejora > 90% de las 5 primeras causas de PQRS en el HUS	Porcentaje de ejecución del plan de mejora para las primeras 5 causas de PQRS en el HUS	N° de actividades ejecutadas / N° de actividades propuestas x 100	Porcentaje	80%	2020	Disminuir anualmente en un 2% las Quejas y Reclamos (QR)	Realizar requerimiento, acompañamiento a Líderes de Proceso en el análisis y formulación de planes de mejoramiento (según necesidad o pertinencia)	25%	25%	25%	100%	Soportes documentales como Actas de reunión correos electrónicos o aprobación de Planes de la	Dirección de Atención al Usuario Subdirección de Defensoría del Usuario	atencionu.direccion@hus.org.co	
45.2								Realizar seguimiento y Control al cumplimiento de correcciones o acciones de mejoramiento definidos por los Líderes de Proceso evaluando su efectividad	25%	25%	25%	100%				Informe de Avances de los Planes de Mejora producto de Intervención de la causa Raíz de las QR
46.1	Consolidar el "Hospital Sí Dolor "	Porcentaje de implementación de Programa Hospital Libre Dolor	Numero de actividades realizadas / numero de actividades planeadas*100	Porcentual	30%	2020	60%	1. Desarrollar un programa de capacitación continua dirigido a medico y personal de enfermería sobre dolor agudo, dolor crónico y cuidados paliativos.	25%	25%	25%	100%	1. Useno y elaboracion de curso de capacitación dirigido a personal medico y de enfermería sobre el dolor agudo, dolor crónico y cuidado 2. Procedimiento de atención humanizada del dolor actualizado publicado en el sistema de información Armera 3.4. Cuentos de las actividades	Director Científico Lider de proceso de Hospitalización	direccion.cientifica@hus.org.co hospital.subdirector@hus.org.co	
46.2								2. Actualizar y socializar el procedimiento de Atención humanizada del dolor	25%	25%	25%	100%				
46.3								3. Definir las líneas estratégicas del Hospital Sin Dolor	25%	25%	25%	100%				3. Acta de definición de líneas estrategica
47.1	Mantener la Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	Satisfacción Global de los Usuarios en el HUS Bogotá	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 de su IPS?No de usuarios que respondieron la pregunta.	Porcentaje	99.5%	2020	95%	Identificar y tratar de solucionar oportunamente las necesidades del Paciente hospitalizado a través de las Rondas y visitas diarias	25%	25%	25%	100%	informe resultado de proporción de satisfacción del usuario, que incluya Rondas y Visitas realizadas a Pacientes Hospitalizados	Dirección de Atención al Usuario	atencionu.direccion@hus.org.co	
47.2								Realizar seguimiento desde la Dirección de Atención al Usuario casos especiales de Pacientes hospitalizados	25%	25%	25%	100%	Seguimiento a casos especiales documentados			
48	Lograr la efectividad de los mecanismos de participación social implementados en articulación con el municipio (HUS Bogotá, HRZ y UFZ)	% de cumplimiento del plan de acción	Número actividades realizadas / Total de actividades programadas para la vigencia*100	Porcentaje	90%	2020	70%	Ejecutar el Plan de Acción de la Política Pública de Participación Social 2020	25%	25%	25%	100%	Informe Trimestral de Cumplimiento del Plan de Acción	Dirección de Atención al Usuario Director del HRZ Coordinador U.F Zpaquirá	atencionu.direccion@hus.org.co hrz.director@hus.org.co zpgeneral@hus.org.co	
49	Implementar los requisitos de la NTC 45001:2015	Implementación de los numerales del SG-SST bajo la NTC ISO 45001:2015 en la Sede Bogotá	Numerales Implementados / Total de Numerales de la Norma *100	Unidad	22%	2020	30%	Realizar diagnostico de cumplimiento de los numerales de la ISO 45001:2015	25%	25%	25%	100%	Informe de diagnostico de cumplimiento de los requisitos de la NTC 45001:2015	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	thumano.subdirector@hus.org.co	
50	Cumplimiento del Componente Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Número	71,25	2020	73	Actualización del estudio de reforzamiento estructural del HUS para segunda etapa de reforzamiento				100%	Soportes de estudio de reforzamiento estructural del HUS para segunda etapa de reforzamiento	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento		
51	Cumplimiento del Componente No Estructural del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Número	95,50	2020	96	Ejecución del plan mantenimiento hospitalario				100%	Informe de ejecución del plan mantenimiento hospitalario	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento		
52	Cumplimiento del Componente Funcional del Índice de Seguridad Hospitalaria en Bogotá	Índice de seguridad Hospitalaria	NA	Número	88,38	2020	89	1. Actualizar plan de emergencias	100%							
								2. Inducción y reintroducción al personal en plan de emergencias institucional, de manera trimestral.	25%	25%	25%	25%	Informe de ejecución del Plan de Emergencias Hospitalari	Dirección Administrativa Subdirección de Desarrollo Humano	thumano.subdirector@hus.org.co	
53.1	Renovar el Equipo Biomédico en estado de obsolescencia de cada vigencia para el HUS Bogotá	Porcentaje de equipos Renovados en la vigencia	(Numero de Equipos priorizados adquiridos / Numero. total de equipos priorizados para la vigencia) X 100	Porcentaje	80%	2020	80%	Plan aprobado de priorización de equipos		100			Documento Plan	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento	equipom.coordinador@hus.org.co	
53.2								Ejecución del Plan de priorización de equipos	25%	25%	25%	100%	Documento cierre del Plan con resultados			
54.1	Actualizar el sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, primera etapa correspondiente a las adecuaciones de la subestación eléctrica que incluya el suministro, instalación y puesta en funcionamiento de una planta eléctrica de mínimo 600kva	Porcentaje de avance del ejecución Proyecto de actualización del sistema eléctrico según normatividad RETIE y NTC 2050	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	66%	2020	77%	Entrega de elementos que componen la modernización de la subestación	100%					Acta de recibido por parte del interventor	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
54.2								entrega de adecuaciones de infraestructura para modernización de la subestación			100%		Acta de seguimiento al contrato de obra	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	compras.subdirector@hus.org.co	
54.3								Validación por CODENSA				100%		Aprobacion por parte de Codensa	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Juridica.asesor@hus.gov.co
55.1	Renovar los ascensores del HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de renovación de ascensores	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	67%	2020	77%	Entrega de sensores al hospital	100%					Actas e entrega	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co
55.2								Instalación de sensores		50%	50%		Actas de seguimiento al contrato	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	compras.subdirector@hus.org.co	
55.3															Jefe Oficina Asesora Jurídica	Juridica.asesor@hus.gov.co
55.4								Cierre del proyecto				100%		Certificación de conformidad de los sensores	Dirección Administrativa Lider de Arquitectura y Mantenimiento	equipom.coordinador@hus.org.co

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)								
					Valor	Año 2020									
56.1	Pavimentar la circulación vial perimetral de HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de Pavimentación de la circulación vial perimetral	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	14	2020	14%	Elaboración de diseños técnicos		100%		estudios técnicos realizados	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
56.2								Elaborar y radicar estudio previos			100%	estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
57.1	Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR en el HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	25%	2019	63%	Adjudicación y contratación	100%			ficha EBI y viabilidad técnica	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co	
57.2								Ejecución del contrato			100%	estudios Previos radicados en la unidad de Compras		Planeacion.lider@hus.org.co	
58.1	Implementar la segunda fase de reforzamiento estructural de HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	0%	2020	38%	Cosecucion de licencias			100%	ficha EBI y viabilidad técnica	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co	
58.2								Elaborar Metodología MGA y obtener viabilidad tecnica			100%	estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
58.3								cosecucion de recursos			100%	certificado de disponibilidad presupuestal	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad Dirección Administrativa	Planeacion.lider@hus.org.co	
58.4								Elaborar estudio previos			100%	estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	compras.subdirector@hus.org.co	
59	Implementar el sistema de ventilación mecánica e intercambio de aire de los quirófanos del HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de Implementación de una Planta De Tratamiento de Aguas Residuales PTAR	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	0%	2020	25%	Diseños finales de la modernización de ventilacion mecanica			100%	estudios tecnicos realizados	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
60.1	Modernizar las áreas físicas del HUS Bogotá en concordancia con lo expuesto en el plan rector (Depósitos centrales de residuos, Lavandería, Calderas, Auditorio, Salones para docencia, salas de espera de consulta externa y urgencias entre otros.	Porcentaje de áreas físicas priorizadas e intervenidas del HUS Bogotá	(Numero de áreas físicas priorizadas intervenidas / Numero total de áreas físicas priorizados para la vigencia) X 100	Porcentaje	0%	2020	80%	Intervencion ampliacion de la bodega ubicada en el zotano area de farmacia			100%	actas de avance de obra e informe de supervision	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
60.2								Intervencion area de Urologia			100%	actas de avance de obra e informe de supervision	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
60.3								Intervencion del area de fisio terapia			100%	actas de avance de obra e informe de supervision	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
61.1	Realizar proyecto para puesta en funcionamiento de la Planta Generadora de Aire Medicinal en el HRZ	Porcentaje de avance del Proyecto de aire medicinal	(Etapas cumplidas del proyecto / Numero total de etapas del proyecto) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	0%	2020	28%	Elaborar Metodología MGA y obtener viabilidad tecnica	100%			viabilidad tecnica y fcha EBI	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co	
61.2								Elaborar y radicar estudio previos			100%	estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Director Científico Líder del Servicio Farmacéutico	direccion.cientifica@hus.org.co farmacia.lider@hus.org.co	
62	Realizar estudios técnicos y diseño proyecto para docencia servicio e investigación del HRZ	Porcentaje de avance de los estudios técnicos y diseño Proyecto de infraestructura para docencia e investigación	(Etapas cumplidas del estudio / Numero total de etapas del estudio definidas para la vigencia X 100)	Porcentaje	0	2020	25%	Realizar los diseños y estudios tecnicos			50%	informes de avance	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
63.1	Adquisición, instalación y puesta en funcionamiento de un tomógrafo computarizado con el objeto de modernizar la tecnología existente en el HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de tomógrafo computarizado	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100	Porcentaje	25%	2020	63%	Elaborar Metodología MGA y obtener viabilidad técnica			100%	estudios técnicos realizados	Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad	Planeacion.lider@hus.org.co	
63.2								Elaborar y radicar estudio previos			100%	ficha EBI y viabilidad técnica	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	equipom.coordinador@hus.org.co	
64.1	Dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas en el HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de dotación para unidad de cuidado intensivo de 10 camas 4 piso	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	Porcentaje	13%	2020	63%	Inventario de equipos faltantes	100%				estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	equipom.coordinador@hus.org.co
64.2								Estudios previos para la compra			100%	Convocatoria o invitación publicada	Dirección Administrativa Subdirección de Compras	compras.subdirector@hus.org.co	
64.3								Contratación			100%	Contrato firmado	Jefe Oficina Asesora Juridica	Juridica.asesor@hus.gov.co	
64.4								Entrega de equipos			100%	Acta de inicio firmada	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
65.1	Remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso del HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de remodelación de unidad de cuidado intensivo del 4 piso	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	13%	2020	13%	Realizar seguimiento y control a la ejecución		100%		Actas de comité de obra	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
65.2								Cierre de proyecto			100%	informe de interventoria	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)								
					Valor	Año 2020									
66.1	Implementación de un sistema de protección contra incendios según la normatividad vigente para las estructuras del HUS Bogotá	Porcentaje de avance del Proyecto de sistema de protección contra incendios	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto ciclo de vida) definidas para la vigencia X 100	%	0	2020	25%	Elaborar y radicar estudio previos de diseños y estudios		100%		estudios Previos radicados en la unidad de Compras	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
66.2								Gestionar convocatoria o invitación a cotizar de diseños y estudios			100%	Convocatoria publicada	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
66.3								Elaborar y perfeccionar contrato de diseños y estudios			100%	Contrato firmado	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
66.4								Realizar acta de inicio de diseños y estudios			100%	Acta de inicio firmada	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
66.5								Elaboración de diseños y estudios técnicos			100%	estudios técnicos realizados	Dirección Administrativa Líder de Arquitectura y Mantenimiento	Mantenimiento.lider@hus.org.co	
67.1	Fortalecer la Infraestructura tecnológica de Servidores del HUS	Porcentaje de avance del Proyecto de Fortalecer la Infraestructura de Servidores HUS Bogotá	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	14%	2020	76%	Elaborar y radicar estudio previos			100%	Documento estudios Previos	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Subdirector.sistemas@hus.org.co	
67.2								Gestionar convocatoria o invitación a cotizar			100%	Documento convocatoria			
67.3								Elaborar y perfeccionar contrato			100%	Documento Contrato			
67.4								Realizar acta de inicio			100%	Documento Acta de Inicio			
67.5								Realizar seguimiento y control a la ejecución			100%	Documento Ejecución			
67.6								Cierre del proyecto			100%	Documento Ejecución			
68.1								Elaborar y radicar estudio previos			100%	Documento estudios Previos			
68.2								Gestionar convocatoria o invitación a cotizar			100%	Documento convocatoria			

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable	
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)									
					Valor	Año 2020										
68.3	Fortalecer la Infraestructura de conectividad LAN de HUS Bogotá y UFZ	Porcentaje de avance del Proyecto de Fortalecimiento de la Infraestructura de equipos de comunicaciones HUS Bogotá y UFZ	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	14%	2020	76%				100%	Documento Contrato	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Subdirector.sistemas@hus.org.co		
68.4												Realizar acta de inicio			100%	Documento Acta de Inicio
68.5												Realizar seguimiento y control a la ejecución			100%	Documento Ejecución
68.6												Cierre del proyecto			100%	Documento Ejecución
69.1	Renovar los Equipos de Computo en estado de obsolescencia según plan de renovación	Porcentaje de avance del Proyecto renovación de equipos de computo	(Etapas cumplidas del proyecto según ciclo de vida / Numero total de etapas del proyecto de ciclo de vida) X 100	%	80	2020	80%				100%	Documento Plan	Dirección Administrativa Subdirección de Sistemas	Subdirector.sistemas@hus.org.co		
69.2											Ejecución del Plan de priorización de equipos	80%			Documento cierre del Plan con resultados	
70	Fortalecer el Plan de Mercadeo Institucional a Nivel Nacional en los servicios de alta complejidad	Entidades Contactadas en el periodo	# de Entidades contactadas en el periodo / Total de Entidades a contactar el periodo *100	Porcentaje	0	2020	25%	Ofertar el portafolio de servicios del HUS y sus sedes a nivel nacional			100%	100%	correo electrónico, acta de reunión o el medio utilizado como acercamiento comercial donde se socialice el portafolio de servicios del HUS	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	mercadeo.lider@hus.org.co	
71.1	Continuar proceso distribución Módulo de costos en el HUS que permita hacer parametrización de costo por producto	Total procesos modulo de costos (7)	N° de procesos de Distribución Efectuados / Total de procesos de Distribucion modulo Costos(7)* 100	Porcentaje	43%	2020	47%	Realización proceso de Distribución de Gastos Directos, Distribución Terceros. Distribucion Secundaria y Distribucion Intermedia.	100%	100%	100%	100%	Reporte Dinamica Gerencial c por areas de los procesos de Distribucion	Director Financiero Referente de Costos	financiera.costos1@hus.org.co	
71.2		Productos Priorizados parametrizados en el modulo costos. (Resolución 186 productos Institucionales J473	N° de productos priorizados parametrizados en el periodo / (473) Total de productos priorizados para parametrizar en el HUS en el periodo* 100	Porcentaje	0	2020	17%	Costo de productos priorizados del HUS comparativo vs tarifas de ventas que generen resultados de rentabilidad por producto	0%	25%	50%	100%	Actas de entrega a Mercadeo con los costos por producto	Director Financiero Referente de Costos	financiera.costos1@hus.org.co	
72.1	Mantener la Radicación por encima del 95% de la Facturación.	Facturación radicada	valor total de facturación radicada oportunamente / facturación generada en el periodo anterior * 100	Porcentaje	93%	2020	#REF!			100%	100%	100%	100%	Informe de cumplimiento del 90% del cronograma de radiación	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	facturacion.lider@hus.org.co
72.2										100%	100%	100%	100%	Ficha técnica		
72.3										100%	100%	100%	100%	Ficha técnica		
72.4										100%	100%	100%	100%	Informe mensual de ingresos abiertos en sistema de información DGH <i>Informe de auditoria de los</i>		
73.1	Mantener ≤5% la Glosa aceptada	% de aceptación 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%	2020	#REF!		25%	50%	75%	100%	Correos PDF con Socialización de glosa a las áreas claves, UF y H. Regional y Bogotá	Dirección Financiera Subdirector de Mercadeo, facturación y Recaudo	objeciones.lider@hus.org.co	
73.2									100%	100%	100%	Ficha técnica				
73.3									100%	100%	100%	Hacer seguimiento y generar o mantener los mecanismos que permitan desarrollar las conciliaciones de manera oportuna.				
73.4									75%	100%	100%	Desarrollar reunión trimestral sobre los hallazgos y motivos de glosa socializados con facturación, NO PBS y Concurrencia, que evidencie la intervención y solicitud de acciones y medidas preventivas.				
74	Recuperar el 100% de la cartera presupuestada para la vigencia	% de recuperación de cartera presupuestada para la vigencia	Valor del recaudo de cartera establecida en presupuesto / Total cuentas por cobrar proyectadas en el presupuesto	Porcentaje	96%	2020	#REF!	Incremento de recaudo de cartera por giro directo para ajustarse a la meta establecida por presupuesto			25%	25%	Informe de recaudo por vigencias	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	cartera.lider@hus.org.co	
75.1		% de recaudo vigencia anterior	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100					Realizar acuerdos a través de Circular 030 y en forma directa con las E.R.P.	25%	25%	25%	100%	Informe Decreto 2193 e informe de recaudo	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudo	cartera.lider@hus.org.co	

# Estrategia	Meta de producto anual	Indicador de producto						Descripción de estrategias y actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV Trim	EVIDENCIA	RESPONSABLE	E mail Responsable
		Nombre del indicador	Descripción de la fórmula	Unidad de medida	Línea base		Valor esperado Año 2 (2021)								
					Valor	Año 2020									
75.2	Recuperar cartera de Vigencias Anteriores	Porcentaje de procesos gestionados en la oficina jurídica con cumplimiento de requisitos para el cobro de cartera	Número de procesos de cartera con cumplimiento de requisitos gestionados 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	45%	2020	47%	Realizar los trámites judiciales y jurisdiccionales correspondientes, frente a la documentación radicada por el área de Cartera que cumple con la totalidad de los requisitos normativos	25%	25%	25%	100%	Informe de radicación de los trámites ante los despachos judiciales y la Superintendencia Nacional de Salud	Dirección Financiera Líder de Cartera	juridica.asesor@hus.org.co financiera.lider@hus.org.co carteralider@org.co
75.3		% de Recaudado de la vigencia actual	Valor recaudado en cada vigencia / Total recaudo a realizar * 100					Aumentar la conciliación de la cartera reconocida para cobro respectivo	25%	25%	25%	100%	Informe de actas de conciliación con las diferentes E.R.P.	Director Financiero Subdirector de Mercadeo, Facturación y Recaudado	cartera.lider@hus.org.co
76.1	Implementar y mantener la Política de Riesgo Antijurídico	Política de Riesgo Antijurídico implementada	Número de actividades ejecutadas / Total de actividades programadas	Porcentaje	100%	2020	83%	Ejecución del 83% de la Política de daño antijurídico				100%	Informe de seguimiento a la ejecución de la Política	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
76.2								Informes al Comité de Conciliación sobre el estado Acciones de Repetición adelantadas por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana		50%	50%	Acta Comité de Conciliación y Defensa Judicial	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co	
76.3								Análisis y exposición semestral por parte de los abogados colaboradores de la Oficina Asesora Jurídica de boletines jurídicos expedidos por entes administrativos o judiciales sobre asuntos jurídicos relevantes para la gestión de la Oficina Asesora Jurídica.		50%	50%	Acta de Reunión	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co	
76.4								Análisis de las causas y planes de mejoramiento adoptados por las áreas involucradas producto de las sanciones impuestas a la entidad con ocasión de procesos administrativos sancionatorios.				100%	Acta comité de Conciliación y Defensa Judicial	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
77.1	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	Porcentaje de cumplimiento de las actividades contractuales a cargo de la oficina asesora jurídica dentro de las diferentes etapas contractuales	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%	2020	100%	Seguimiento a las actividades producto de gestión contractual a cargo de la Oficina Asesora Jurídica. (Evaluaciones, minutas contractuales, adiciones y prorrogas, aprobación de póliza, actas de liquidación, trámite de incumplimientos contractuales) (90%)				100%	Certificación de las actividades producto de la gestión	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
77.2								Realizar capacitación a los supervisores sobre sus funciones, Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana			100%	Planillas de Capacitación Supervisores	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co	
77.3								Realizar el 80% del archivo del proceso contractual de la vigencia 2020 (80%)				100%	Certificación de la realización del archivo del proceso contractual de la vigencia 2020	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co
77.4								Liquidación de L. 80% de los contratos en los que proceda de la vigencias 2020 (80%)				100%	Certificación de liquidación de contratos sucritos vigencia 2020	Jefe Oficina Asesora Jurídica	juridica.asesor@hus.org.co

EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente

YESID RAMIREZ MOYA
Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad