



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Proceso / Subproceso:
Vigencia:

No.	Objetivos Estratégicos	Transversalidad Plan Nacional de Desarrollo	Transversalidad Plan Departamental de Salud- Valle Inencible	Meta Resultado	Programa	Dimensiones del MIPG	Meta Producto	ACTIVIDADES I TRIMESTRE	% DE AVANCE	Indic	
										Descripción de la Formula	Unidad de medida
1	PROMOVER LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA	Estrategia de Participación Ciudadana Modelos de Atención Integrales	Subprograma 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud	Gestionar el mejoramiento permanente en la experiencia de atención y servicio que promueva una relación de dignidad y respeto en la institución	Seguridad del Paciente	Gestión del Conocimiento y la innovación	Actualizar y socializar el programa de seguridad del paciente	La actualización de protocolos y procedimientos del programa de seguridad del paciente están siendo revisadas para actualizarse en el presente año.		# de Quejas y Reclamos por fallo en la calidad y trato amable/ # Total de QR recepcionadas *100	Porcentaje
Actualizar y documentar el despliegue de la Política Institucional de Seguridad del Paciente con la comunidad Hospitalaria(Personal Asistencial, Administrativo, usuario y familia)							Realización de capacitación en seguridad del paciente que incluye la política de seguridad del paciente y su despliegue a todo el personal asistencial y administrativo del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.				
Incluir en el programa de seguridad del paciente el modelo de gestión orientado al flujo de pacientes							El programa de seguridad del paciente realiza Rondas Institucionales frecuentes verificando la adherencia de todos los procesos asistenciales a las guías y protocolos para garantizar la seguridad de nuestros usuarios así como el uso frecuente de elementos de protección personal (lavado de manos se realizan listas de chequeo para evaluar el protocolo y procedimiento cumpliendo con un 96%.				
Generar la cultura de reporte, análisis y las acciones de incidentes y eventos adversos							Durante el primer trimestre del año 2022 se ha socializado el formato SP-202-011-001 para crear cultura del reporte haciendo énfasis frente a la actividad no se tomaron acciones punitivas al contrario es un instrumento más eficaz para hacer planes de mejora, se han realizado comités extraordinarios de seguridad del paciente para realizar análisis de casos de reportes específicos con equipo de trabajo multidisciplinario para tomar acciones de mejora inmediatas.				
					Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Evaluación de Resultados	Respuesta oportuna a las PQRS presentadas por el usuario	Se realizó tramite de respuesta presentada al usuario dentro de los tiempos establecidos de ley; Enero 4 quejas, febrero 13 quejas, marzo 13 quejas. Lo anterior correspondiente al segundo trimestre de 2.022.			
Entrega informe satisfacción							Durante el primer trimestre de 2022 se realizaron los informes mensuales de satisfacción, donde se realizaron 531 encuestas de satisfacción, obteniendo un porcentaje de trimestre de satisfacción promedio de 96,04%				
Disminución progresiva de PQRS por fallas en el servicio, en calidez, trato digno							Durante el primer trimestre de 2021 se tramitaron 20 quejas y durante el primer trimestre de 2022, tuvimos un incremento de 10 quejas para un total trimestre 2022 de 30 quejas.				
					Programa de Humanización	Gestión del Conocimiento y la innovación	Formular e implementar el Programa de Humanización	Se realizó cronograma del programa de humanización y reunión con grupo cristiano para actividades del programa; Señalización del servicio de urgencia y hospitalización.			
						Evaluación de Resultados	Realizar seguimiento al Programa de Humanización	Se realizó seguimiento a los objetivos del programa arrojando un avance del 25% de la meta del indicador			
2											
							Aumentar la Facturación Efectiva	En el periodo correspondiente al primer trimestre se presentó un valor facturado de \$4.044.512.887			

						<p>Gestión con valores para el resultado</p> <p>1. Controlar el gasto. 2. Gestionar el recaudo 3. Potencializar la venta de servicios de salud de tal forma que se logre incrementar los niveles de producción 4. Seguimiento mensual Indicador N°. 9 Res. 408 de 2018</p>	<p>CARTERA: Se asiste a mesas de conciliación de cartera en el marco de la circular 030, se envían estados de cartera de manera mensual, conciliaciones con diferentes entidades, el recaudo a marzo 31 de 2022 es de \$4.413.363.259,14, vigencia actual por \$ 2.075.908.783,98 y vigencia anterior por \$ 2.337.454.475,16. Se firma contrato con el municipio de Yumbo "PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED PÚBLICA MUNICIPAL DE BAJA COMPLEJIDAD PARA LA POBLACIÓN VULNERABLE .</p>			
<p>CONTINUAR SIENDO AUTO SOSTENIBLE FINANCIERAMENTE CON ENFASIS EN LA RENTABILIDAD SOCIAL</p>	<p>Políticas Institucionales de Sostenibilidad financiera</p>	<p>Subprograma: Gestión Administrativa y Financiera</p>	<p>Mantener equilibrio presupuestal</p>	<p>Programa de Gestión de los Recursos financieros</p>	<p>Fortalecer el Centro de Costos</p>			<p>Recaudo de la vigencia /compromisos de la vigencia</p>		<p>Numero</p>
					<p>Evaluación de Resultados</p>	<p>Ampliar el mercadeo de los servicios</p>	<p>Durante el primer trimestre se presentaron 91 contratos, estos incluyen contratos de prorroga automática y cartas de intención</p>			
					<p>Gestión con valores para el resultado</p>	<p>Realizar todas las actividades financieras para evitar caer en riesgo financiero Informe 2193 Indicador N°. 4 Res. 408 de 2018</p>	<p>De acuerdo a los reportes realizados durante el primer trimestre se han cumplido las actividades para evitar caer en riesgo financiero, de acuerdo a las actas de sustentación, el hospital no se encuentra en riesgo financiero(Acta abril)</p>			
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>1. Realizar 4 informes de la capacidad instalada 2. Realizar análisis de los informes de la capacidad instalada Indicador N°. 5 Res. 408 de 2018</p>	<p>En el primer Trimestre la capacidad instalada del hospital ha realizado las siguientes atenciones en los diferentes conceptos : ENFERMERIA 20451 MEDICO GENERAL 7406 MEDICO ESPECIALISTA 3770 SERVICIOS DE APOYO Y TRATAMIENTO 440 ODONTOLOGIA 1682 ESTANCIA GENERAL 656 SALA PARTOS 13 CIRUGIAS 73 LABORATORIO 31657 IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 4427 SERVICIOS DE URGENCIAS 6937</p>			
					<p>Gestión del Conocimiento y la innovación</p>	<p>Desarrollar estrategias para la recuperación de cartera de la Vigencia y Vigencias Anteriores incluyendo acciones judiciales</p>	<p>Se realizaron mesas de conciliación con las EPS y se definieron criterios para iniciar procesos jurídicos en pro de la recuperación de cartera, gestión del primer trimestre de la vigencia 2.022</p>			
<p>3</p>			<p>Fortalecer los procesos que garanticen la atención segura</p>	<p>Programa de Responsabilidad Social y Ambiental</p>	<p>Gestión con valores para el resultado</p>	<p>Cumplimiento de las actividades del PIC al 100%</p>	<p>Se realizaron reuniones de concertación, preparación y planificación de ellas actividades contenidas en los planes de intervención colectiva corresponsables a: Salud mental, salud sexual, enfermedades reemergentes, enfermedades no transmisibles e infantil; Se entregaron las propuestas correspondientes y se firmo el PIC infantil</p>			
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Medir la productividad del profesional médico de consulta externa 1. Cumplir con la meta de los tres días de oportunidad. Indicador N°. 26 Res. 408 de 2018</p>	<p>El primer Trimestre del 2022, la productividad de los Medico fue de 3.3 pacientes atendidos El resultado promedio de la oportunidad de consulta externa en este periodo fue 2 días</p>			
					<p>Gestionar la prestación de los servicios de salud acorde a la capacidad instalada</p>		<p>Se actualiza la capacidad instalada del Hospital de acuerdo con las exigencias de las EPS</p>			

<p>GENERAR SERVICIOS EFICACES EN CUMPLIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES</p>	<p>s de Atención Integrales de Promoción y Prevención</p>	<p>ovisión Adecuada de Servicios de Salud</p>	<p>Garantizar cobertura de Consulta ambulatoria intra y extra hospitalaria</p>	<p>Programa de Atención hospitalaria</p>	<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Realizar actividades preventivas de Higiene oral</p>	<p>Durante este periodo se atendieron 3426 actividades preventivas de higiene oral.</p>		
						<p>Realizar el 70% de tratamientos odontológicos programados</p>	<p>En este periodo se debían haber atendido 4757 tratamientos y se atendieron 3568 tratamientos para un total del 75%</p>		
					<p>Gestion del Conocimiento y la innovación</p>	<p>Garantizar el seguimiento en salud mental a los usuarios consultantes por violencias, intento suicida y consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>*Diligenciamiento de BD del 100% de los casos atendidos y notificados por ficha epidemiológica. *Notificación del 100% de los casos que aplican para seguimiento de por parte de las EAPB. En lo el periodo I se han registrado y reportado UN TOTAL DE 212 casos, discriminados así: *18 casos en total de Intento Suicida. * 7 casos de consumo de spa. * Se registran 117 casos de violencias (74 FISICAS, 21ABUSOS y/o VIOLENCIAS SEXUALES, 20 NEGLIGENCIAS, PSICOLOGICAS 2).</p>		
					<p>Evaluación para el Resultado</p>	<p>Realizar seguimiento y presentar informe mensual del número de pruebas de embarazo positivas que ingresan al programa a partir del resultado positivo en el laboratorio. Indicador N°. 21 Res. 408 de 2018</p>	<p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018. Se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación y se les realizó por lo menos una valoración médica.</p>		
						<p>1. Realizar informe mensual de la aplicación de la prueba rápida de sífilis a los recién nacidos y mujeres gestantes del periodo. 2. Reportar los casos positivos y generar tratamiento oportuno y reportes de Ley. 3. Presentar 12 informes donde se evidencie la oportunidad de ingreso al control prenatal antes de la semana 12. Indicador N°. 22 Res. 408 de 2018</p>	<p>De los partos atendidos en la ESE, Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, No se encontró ningún Recién nacido vivo con diagnóstico de Sífilis Congénita.</p>		
					<p>Información y comunicación Evaluación para el resultado</p>	<p>1. Socializar la guía de enfermedad hipertensiva. 2. Evaluar la Guía de enfermedad hipertensiva 3. Realizar informe del seguimiento de la adherencia a la guía de enfermedad hipertensiva. Indicador N°. 23 Res. 408 de 2018</p>	<p>El 100% de las Historia Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, Tienen anotada la causa de consulta, Se le solicitaron los Parámetros establecidos en la Guía y su reporte en la Historia Clínica y se Formulan los medicamentos de forma oportuna.</p>		
						<p>1. Socializar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 2. Implementar la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 3. Realizar seguimiento mensual de medición de adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo. 4. Mantener la acreditación IAMJ. Indicador N°. 24 Res. 408 d</p>	<p>El 100% de las Historias Clínicas Evaluadas, cumplen con los criterios de la Resolución 408 del 15 de Febrero de 2018, cumplen con los criterios establecidos de evaluación, según la Guía para Detección de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo.-. Verificación en el inicio oportuno del Control de Crecimiento y Desarrollo.-Se Realizó la Solicitud de Valoración por Médico y se verificó el Esquema de Vacunación PAJ para Colombia.</p>		
						<p>Garantizar el 100% procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias en los tiempos normalizados de acuerdo al nivel de complejidad</p>	<p>De acuerdo al procesamiento de muestras de laboratorio destinadas al proceso de urgencias al corte del primer trimestre se han procesado 7796 en cumplimiento de los tiempos establecidos</p>		
						<p>Garantizar la entrega oportuna de acuerdo con la normatividad vigente de imágenes tomas y resultados</p>	<p>Se garantiza la entrega oportuna de 4.427 imágenes diagnósticas, durante el primer trimestre de 2.022</p>		
						<p>Garantizar el 100% de entrega de resultados de las muestras de laboratorio en los servicios ambulatorios</p>	<p>se garantiza la entrega de 15.838 muestras de laboratorio del servicio de consulta externa durante el primer trimestre.</p>		
	<p>Ejecutar el 100% de las actividades contratadas a través de los planes de intervención colectiva</p>	<p>PIC INFANTIL: serializaron 2 escuelas de padres, 1 sensibilización, 1 sesión formación líderes comunitarios, 20 replicas de los líderes, fortalecimiento a la cadena de frío, jornadas de vacunación, AVANCE 20% PIC REEMERGENTES: Búsqueda activa sintomáticos respiratorios, visitas epidemiológicas AVANCE 8%</p>							
			<p>Numero de Población atendida / Numero de Población Objeto x 100</p>	<p>Porcentaje</p>					

					Gestion con valores para el resultado	Cumplimiento de los planes de capacitación de la operación del servicio de urgencias	Desde la Coordinación de Enfermería se han liderado capacitaciones en: Toma y de Muestras para Covid 19 (Hisopado) 11-01-2022 Asistentes: 15 Clasificación y Protocolo de Triage: 18-02-2022 Asistentes: 10 Administración de Medicamentos: 25-03-2022 Asistentes: 18		
				Programa de fortalecimiento del Desarrollo Administrativo	Control Interno Gestión del Conocimiento y la innovación Evaluación para el resultado	Formular y desarrollar el Plan de Auditorías	Se realizo formulación Plan de Auditoría 2022, consolidándose 6 grupos de auditoria; Para un total de 16 auditorias de prioridad 1 y 4 en prioridad 2; se consolido las listas de chequeo de la prioridad 1 y se encuentran en desarrollo las auditorias		
			Cumplimiento oportuno de los informes de acuerdo a la normatividad vigente			Se dio cumplimiento al informe de austeridad del gasto, el FURAG, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano			
			Apoyar los procesos de gestión administrativa en cumplimiento de la efectividad institucional			Se realizo acompañamiento en los comités de gerencia, comités de control interno, comité de gestión y desempeño, capacitación en el SECOP y ruta de publicación, informes Junta Directiva(Austeridad del gasto)			
			Programa Gestion Jurídica Institucional		Evaluación para el Resultado	Cumplimiento de las Etapas contractuales en el marco de la legislación que permita la eficiencia y la transparencia	Se han cumplido con las etapas contractuales de 119 Contratos de la siguiente manera (Enero 62, Febrero 52 y Marzo 5); Estudios previos: Minutas de contrato; Numeración de los contratos; Firma de la contratante; Recepción de la póliza de la garantía del contrato; Revisión de las modificaciones de los otrosí en relación con la prorroga; suspensión de su ejecución y modificación del valor de acuerdo a lo permitido por ley, en cumplimiento de los principios de contratación pública; posteriormente se han realizado la liquidación unilateral o bilateral de los contratos.		
					Gestion con valores para el resultado	Asistir oportunamente los procesos jurídicos que comprometan al Hospital	La oficina jurídica en el primer trimestre asistió 23 procesos jurídicos donde se compromete al Hospital en los procesos presentados ante los Juzgados administrativos y Laboral con el objetivo de minimizar los efectos antijurídicos y pretensiones presentadas por los demandantes.		
					Gestion del conocimiento y la innovación	Establecer Relación Docencia Servicio con Universidades y / o centros de estudio formales	Se realiza la proyección del proceso docencia servicio con universidades y / o centros de estudio formales, analizando las propuestas recibidas		
				Evaluación para el Resultado		Mantener la certificación del Sistema de Gestion de Calidad	Se realiza proceso de alistamiento para visita de ICONTEC, revisión y ajuste de herramientas, protocolos; Proceso de revisión del sistema		

<p>POTENCIAR EL DESARROLLO ADMINISTRATIVO A PARTIR DE LA INNOVACION Y LA GESTION DEL CONOCIMIENTO</p>	<p>Sistemas de Información</p>	<p>5010303. Subprograma: Ges</p>			<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Actualizar el mapa de riesgos en los procesos administrativos y asistenciales</p>	<p>Se realiza alistamiento de las matrices por proceso de los riesgos, teniendo en cuenta los lineamientos del DAFP.</p>		
					<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Desarrollar componentes de la Política de Participación Social en Salud</p>	<p>Dentro de los componentes a desarrollar se realizaron 2 concertaciones para realización de plan de acción pos, 3 reuniones ordinarias con la asociación de usuarios del hospital, 1 taller de formación en derechos y deberes con las diferentes asociaciones de usuarios de las eps, se realizó 2 socializaciones en la radio con temas de atención al usuario.</p>		
					<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Fortalecer los espacios de interacción con la comunidad</p>	<p>Entre los espacios de interacción con la comunidad se realizaron chartas y entrega de volantes de la ppps y derechos y deberes.</p>		
					<p>Gestion del conocimiento y la innovación</p>	<p>Formular el Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR</p>	<p>se inicia el alistamiento del primer y segundo piso del archivo central donde se realiza limpieza y organización de documentos identificándolos por áreas</p>		
						<p>Plan Anual de Adquisiciones</p>	<p>El plan anual de adquisiciones para la vigencia 2022 se reportó con un valor \$ 11,048,190.813, durante el trimestre se realizaron movimientos al presupuesto de la Institución (Adiciones y traslados). El valor de las adiciones que afectaron el Plan anual de adquisiciones fue de \$ 1.667.487.395,98 , y en traslado entre Rubros un valor de \$ 30.481.000.00, para una apropiación definitiva de \$ 12.715.678.208,98. El porcentaje de ejecución para este indicador es de 79%</p>		
						<p>Plan Anual de Vacantes</p>	<p>A marzo 2022 de la planta actual de 95 cargos. Están ocupados 87 cargos y vacantes 9, distribuidos así: 2 SSO; 1 auxiliar administrativo; 1 aun área salud de laboratorio; 1 aun área salud - promotor; 1 operario; 3 de aun área salud - promotor que las titulares están en encargo con aun área salud- enfermería. En el mes de abril ingresó en provisionalidad una aun área salud- enfermería. en el mes de febrero renuncio ANA ADELFA LOPEZ PALOMAR por pensión x vejes y en el mes de marzo renunció FRANCY ADRIANA RAMIREZ GONZALEZ, por cuestiones personales</p>		
						<p>Plan de Previsión de Recursos Humanos</p>	<p>a marzo de 2022 la planta de 95 cargos aprobados está distribuida de la siguiente manera: 28 carrera administrativa; 37 en provisionalidad; 5 LNR; 2 periodo fijo; 16 trabajadores oficiales y 7 vacantes</p>		
					<p>Talento Humano</p>	<p>Plan Estratégico de Talento Humano</p>	<p>Actualmente se está dando cumplimiento al Plan Bienestar social, Estímulos e Incentivos , con las actividades inmersas en la Resolución GGH-001-002-0704 de marzo 31 de 2022: Plan de Previsión del Recurso Humano están reportados ante la CNSC los cargos distribuidos así: 35 de vacancia definitiva (provisionalidad); 4 vacancia temporal (encargo); 4 vacancia definitiva sin ocupar</p>		

						Plan Institucional de Capacitación	A marzo de 2022 se envió correo a las subgerencias para que soliciten a personal de su área que necesidad de capacitación tienen		Numero de Planes Ejecutado / Numero de Planes Formulado	Porcentaje
						Plan de Incentivos Institucionales	A junio se ha cumplido con lo estipulado en el cronograma de la vigencia. Se ha entregado a los funcionarios que cumplen años un detalle por parte de la Institución y las fechas conmemorativas (día del día de la mujer, día del hombre)			
						Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	se han programado cronogramas de capacitaciones se SST y exámenes ocupacionales			
					Control Interno	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Se dio cumplimiento a los compromisos del Plan anticorrupción y de atención del ciudadano, adoptado mediante Resolución No. GGH-001-002-0095 de Enero 06 de 2022.			
					Información y comunicación	Implementación de Plan estregico de tecnologías de la información	Se mantiene el porcentaje en cuanto a la integralidad del sistema, de igual forma en todo lo relacionado con actualización tecnológica acondicionando equipos de computo en modo alquiler se mejoran los acceso a los recursos de salud a los usuarios externos por medio de atención de manera virtual			
					Evaluación para el resultado	Realizar y presentar ante la junta directiva mínimo 4 informes en la vigencia Indicador N°. 8 Res. 408 de 2018	Se presenta el primer informe de RIPS, el 18 de marzo de 2022, dando cumplimiento al indicador 8 de la Resolución 408 de 2018.			
					Información y comunicación	Implementación de Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información	En el presente trimestre no se evidencia la materialización en cuanto al riesgo y seguridad de la información, lo anterior de la mano y de manera transversal en toda la institución en pro de la buena gestión y/o autocontrol y autocuidado de la información teniendo como base nuestros procedimientos y el mapa de riesgos que cuenta cada líder de proceso.			
						Implementación de Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información	En el presente trimestre se continua a todos los protocolos de seguridad implementados en la institución tanto a nivel general como específico desde la custodia de toda la información en una sede externa como el respectivo protocolo de copias de seguridad de cada uno de los líderes			
		Programa: Salud Ambiental	Mantener la membrecía de Hospital Verde y Saludable	Programa de Responsabilidad Social y Ambiental	Gestion con valores para el resultado	Ejecutar el 100% de las acciones de Hospital Verde y Saludable	Se realizo cambio de 60 lámparas LED, en los servicios asistenciales Instalación 4 reflectores LED, en el entorno físico de las instalaciones del Hospital. Se cuenta con certificados de Disposición final de equipos biomédicos y demás mobiliario para la baja del sistema de inventarios.	Una Membrecía	Numero	

<p>FORTALECER LA CAPACIDAD OPERACIONAL TECNICA Y LOGISTICA DEL HOSPITAL</p>	<p>Dotación e Infraestructura</p>	<p>Programa 5010304 Provisión Adecuada de Servicios de Salud</p>
---	-----------------------------------	--

<p>Garantizar la operación de los ambientes hospitalarios</p>	<p>Programa de fortalecimiento de la infraestructura Hospitalaria</p>	<p>Evaluación para el resultado</p>	<p>Formular y ejecutar el 100% de las actividades del plan de mantenimiento operativo</p>	<p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <ul style="list-style-type: none"> **Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio. ** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic y cuatro (04) camillas. ** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía. ** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital. ** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos. ** Cambio de 40 lámparas redondas de 18w y tubos led en los servicios de urgencias, Uger, Pasillos, hospitalización, cirugía, consulta externa, laboratorio e historias clínicas. ** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá. ** Reparación y mantenimiento de cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia. ** Impermeabilización de losa en casa de archivo central. ** Cambio de Tejas casa de archivo central. ** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital. 	<p>Numero de Programas Ejecutados / Numero de Programas Planeados</p>	<p>Porcentaje</p>
		<p>Gestion con valores para el resultado</p>	<p>Realizar el 100% de las adecuaciones planteadas para la vigencia en los ambientes administrativos y / o asistenciales</p>	<p>Las actividades desarrolladas del plan de mantenimiento operativo corresponden a :</p> <ul style="list-style-type: none"> **Instalación de Cuatro (04) reflectores en zona de parqueo de ambulancias, UGER, circulación calle 10 y Pasillo Gerencia-auditorio. ** Tapizado de dos (2) sillas reclinomatic . ** Reparación y mantenimiento de los muros y cielo falso de Fisioterapia, Casa de la 9na, Cirugía. ** Mantenimiento a los muros de la fachada del hospital ** Instalación de acometida eléctrica para la unidad móvil en cuarto de residuos. ** Cambio de 40 lámparas redondas de 18w y tubos led en los servicios de urgencias, Uger, Pasillos, hospitalización, cirugía, consulta externa, laboratorio e historias clínicas. ** Instalación de pasamanos en puesto de salud de Guacandá. ** Reparación y mantenimiento del cielo falso de pasillo del área administrativa, central de esterilización, auditorio, fisioterapia. ** Impermeabilización de losa en casa de archivo central. ** Cambio de Tejas casa de archivo central. ** Impermeabilización de canales, cubierta del hospital. 		
		<p>Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones</p>	<p>Fortalecer la dotación de los espacios administrativos y / o asistenciales de acuerdo a las necesidades</p>	<p>El porcentaje de ejecución para este indicador es de 79%, siendo alto para el primer trimestre ya que entre el mes de enero y febrero se realiza la mayor parte de contratación de la vigencia como son los contratos de dispensación de productos farmacéuticos, contratación intermediación laboral, servicios de rayos X, fisioterapia, especialistas, suministros de reactivos de laboratorio; diferentes mantenimientos hospitalarios (Calibración de equipos, mantenimiento de equipos médicos, plantas eléctricas, aires acondicionados, de equipos de cómputo); suministro de oxígenos y gases medicinales, contrato para la compra de materiales de oficina, compra de materiales de aseo, suministro de alimentación a pacientes hospitalizados, apropiación de gasto de servicios públicos para la vigencia, entre otros. Dentro del análisis del indicador cabe anotar que el primer trimestre que se evalúa teniendo en cuenta la nueva homologación presupuestal. También se presentaron apropiaciones que no tuvieron ejecución o su ejecución arrojó un bajo porcentaje. Se deja anexo del porcentaje de cada apropiación en carpeta digital.</p> <p style="text-align: center;">□</p>		

40											
41											
TOTAL											

CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE
GERENTE



ador de Resultado

Línea Base Resultado

Valor	Año
-------	-----

0	2020
---	------

--	--

1.08	2020

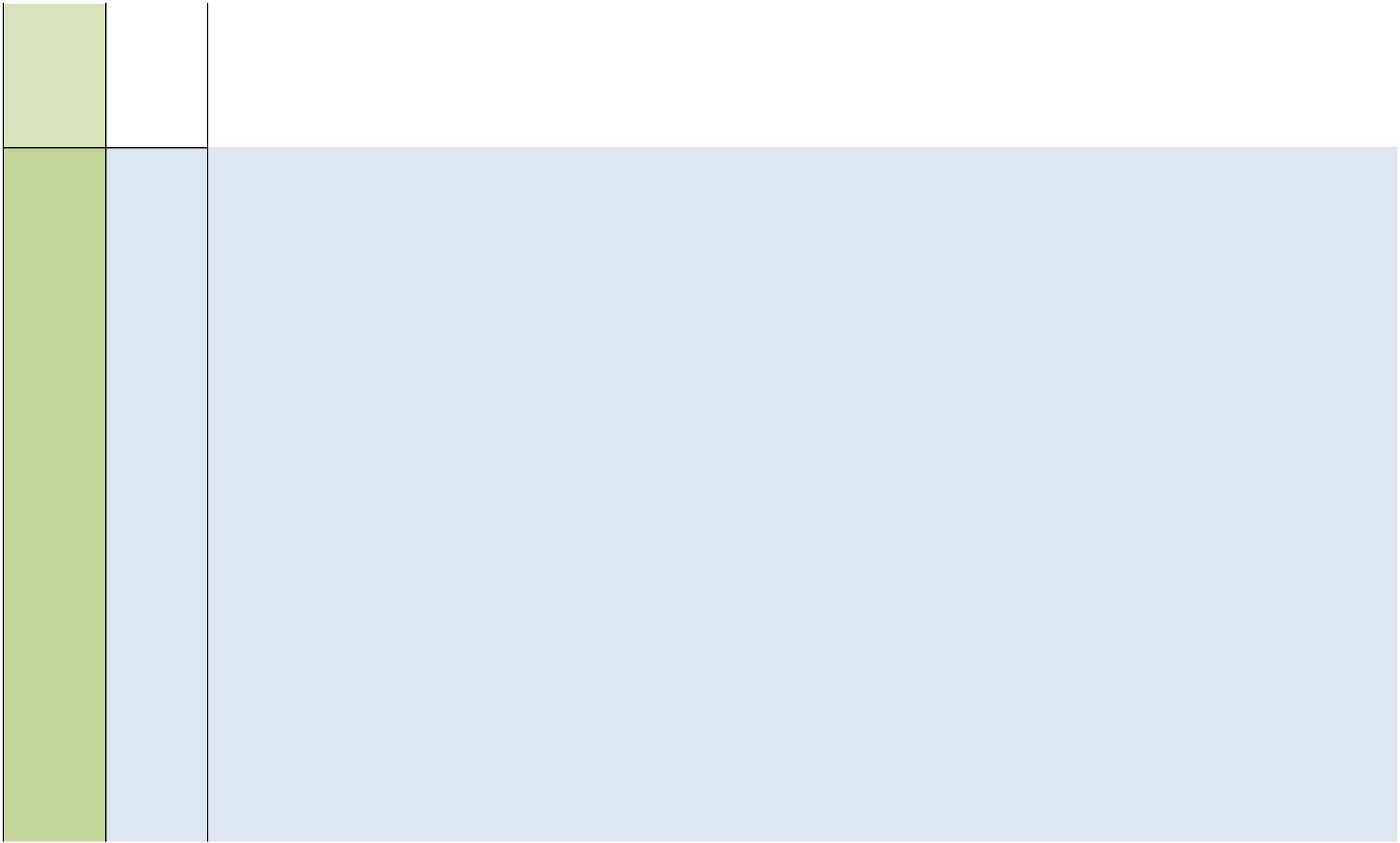
85%

2020

--	--

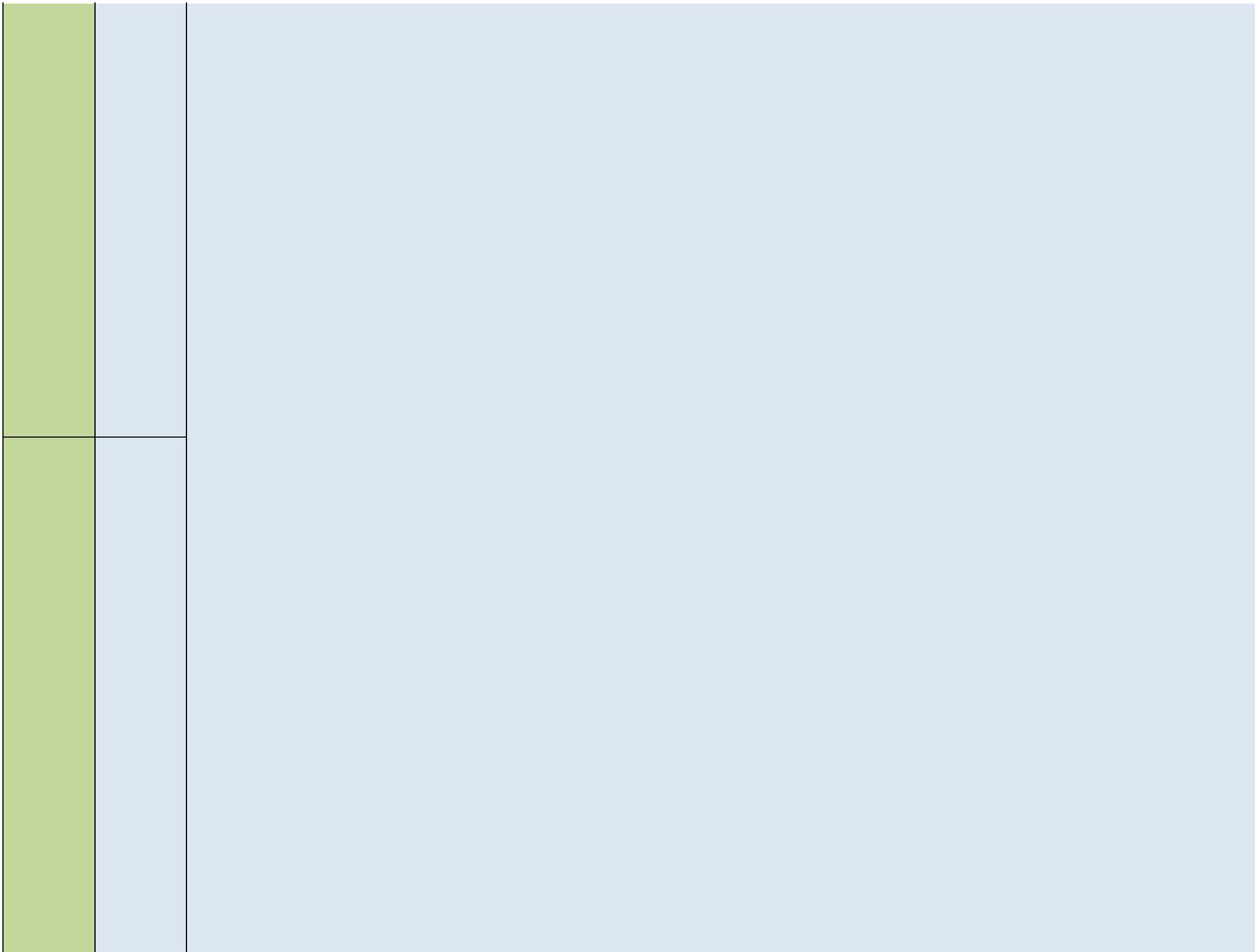
100%	2020
------	------

100%	2020
------	------



80%

2020



100%

2020

1.00

2020

100%

2020







