



INFORME FINAL

IMPLEMENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PAI 2022

Popayán, marzo de 2023

INFORME FINAL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL PAI 2022

Presentación

Teniendo en cuenta el Decreto Número 1876 de 1994 en su artículo 11 numeral 3, que reza que una de las funciones de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado es aprobar los planes operativos anuales, se ampara el Acuerdo Número 02 de febrero 4 de 2004 emitido por el Concejo Municipal de Popayán, donde determina en su artículo 11 numeral 5 que es función de la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. *“Aprobar el plan de desarrollo y los demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y las demás normas legales”*, adicionalmente, en su artículo 20 numeral 3, también manifiesta que es función del Gerente del Hospital *“Someter a consideración y aprobación de la Junta Directiva el Plan de Desarrollo y demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y demás normas”*. Finalmente con la Ley 1474 de 2011 en su artículo 74, se establece que *“todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión”*.

En respuesta a la anterior normatividad, se presentó y adoptó el Plan de Acción Institucional - PAI vigencia 2022 del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., mediante Acuerdo No. 101-2-001 de 31 de enero de 2022, cuyo propósito fue incorporar el plan estratégico con el que se operativiza el plan de desarrollo denominado “Confianza y Valor para su Vida”, así como otras actividades que representan un importante impacto institucional para el cumplimiento de la misión y visión del Hospital.

Los procesos que tienen responsabilidad en la implementación del PAI 2022 son los siguientes:

Proceso	Proceso
Talento humano	Gestión Documental
Gestión ambiental	Gestión de la Infraestructura y Tecnología
Subgerencia Administrativa y Financiera	Oficina Asesora de Planeación
Subgerencia Científica	Seguridad y Salud en el Trabajo
Aseguramiento de la Calidad	Innovación e Investigación
Administración y Almacenamiento de la Información	Bioética
Oficina Asesora Jurídica	

Cuadro 1: Procesos responsables de la implementación del PAI 2022

Fuente: Acuerdo No. 101-2-001 de 31 de enero de 2022

Para el seguimiento realizado entre los meses de enero a diciembre de 2022, el PAI contempló la ejecución de un total de 53 actividades, la cuales se encuentran distribuidas en cuatro políticas institucionales del plan de desarrollo:

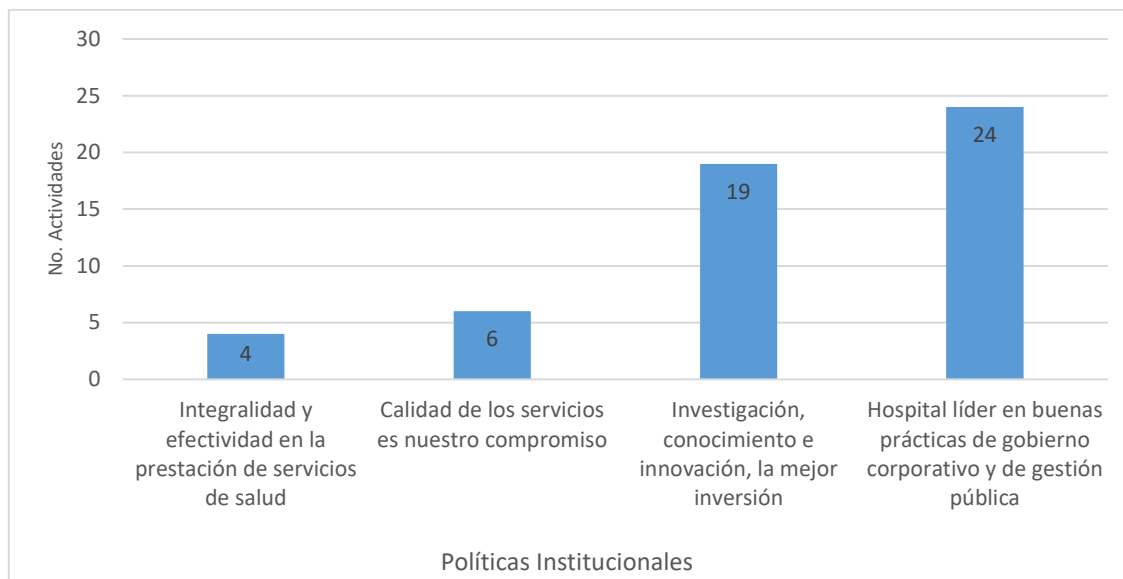


Gráfico 1: Relación de Actividades del PAI 2022, por Políticas Institucionales del Plan de Desarrollo

Fuente: Acuerdo No. 101-2-001 de 31 de enero de 2022

El 45.3% de las actividades que se ejecutaron en el PAI correspondieron a la política institucional “Hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y de gestión pública”, siendo esta la que contuvo el mayor número de actividades (24 en total), seguida de la política interna “Investigación, conocimiento e innovación, la mejor inversión” con 19 actividades para un 35.6%. La política interna “Calidad de los servicios es nuestro compromiso” le correspondió el 11.3% de las actividades (es decir 6) y la de “Integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud” fue la política interna de menor número de actividades con 4, es decir el 7.5%.

Metodología

En el mes de enero de 2022, desde la oficina asesora de planeación se elaboró el PAI vigencia 2022, en el cual se tuvo en cuenta en primera medida los proyectos y/o estrategias establecidas en el plan estratégico del plan de desarrollo institucional, también las actividades institucionales necesarias para cumplir con la misión y visión del Hospital y algunas actividades que en la vigencia año 2021 habían quedado pendiente de culminar.

Dado que la ejecución del PAI, se hace mediante la implementación de los Planes de Acción por Procesos – PAP y la ejecución de los acuerdos de gestión tanto de la subgerencia científica y subgerencia administrativas y financiera, y que los seguimientos a estas dos estrategias de planificación se realizó a corte 30 de junio de 2022, se unificó en un solo seguimiento PAI, el primer y segundo trimestre del presente año.

Cada actividad establecida en el PAI, cuenta con la respectiva evidencia de cumplimiento.

Como se mencionó en el cuadro anterior, para el año 2022 se realizó seguimiento a 13 procesos con quienes se verificó el cumplimiento de las actividades (mediante las evidencias entregadas a la oficina de planeación como soporte), formula del indicador y metas propuestas. De los 13 procesos evaluados, 1 es asistencial que es el caso de la Subgerencia Científica, mientras que 12 equivalente al 92.3% son procesos administrativos.

Informe de seguimiento y evaluación del PAI 2022

Con el propósito de evidenciar el nivel de ejecución de las actividades programadas por cada proceso que tiene responsabilidad en el PAI, se presenta inicialmente la relación de la implementación, indicando el número de actividades programadas, las ejecutadas, las actividades que fueron débiles y/o no alcanzaron la meta propuesta en cada proceso.

ACTIVIDADES PAI VIGENCIA 2022					
No.	Procesos	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Actividades que No Alcanzaron Meta Propuesta	% Cumplimiento
1	Gestión documental	1	0,5	0.5	50,0
2	Aseguramiento de la calidad	5	3	2	60,0
3	Talento humano	7	7	0	100,0
4	Innovación e Investigación	2	2	0	100,0
5	Oficina Asesora Jurídica	1	1	0	100,0
6	Seguridad y Salud en el Trabajo	1	1	0	100,0
7	Bioética	1	1	0	100,0
8	Gestión Ambiental	1	1	0	100,0
9	Gestión de la Infraestructura y tecnología	5	3	2	60,0
10	Oficina Asesora de Planeación	14	12	2	85,7
11	Administración y Almacenamiento de la Información	3	3	0	100,0
12	Subgerencia Administrativa y Financiera	6	5	1	83.3
13	Subgerencia Científica	6	6	0	100,0
Total		53	45.5	7.5	85.8%

Cuadro 2: % cumplimiento ejecución PAI 2022

Fuente: Soportes de las actividades remitidas por coordinador de cada proceso.

El PAI para la vigencia 2022, se cumple en un 85.8% en su implementación. 8 procesos equivalente al 61.5% cumplieron al 100% en la implementación de las actividades PAI. Estos procesos fueron: Subgerencia científica, Talento humano, seguridad y salud en el trabajo, Innovación e investigación, Gestión ambiental, Bioética, Oficina Asesora Jurídica y administración y almacenamiento de la información.

La Subgerencia Administrativa y Financiera y la Oficina Asesora de Planeación, que representan el 15.4% del total de procesos, implementaron sus actividades entre el 80% y 90%.

Gestión de la Infraestructura y Tecnología y el proceso de Aseguramiento de la Calidad, alcanzaron entre el 60% y 70% la ejecución de sus actividades, mientras que el proceso de Gestión Documental avanzó en el 50% de ejecución.



Gráfico 2 Implementación Actividades PAI 2022

Fuente: Oficina Asesora Planeación HUSJ

En general se puede decir que el 14.2% de las actividades programadas en el PAI 2022, no alcanzaron a cumplir la meta propuesta.

Actividades que No Alcanzaron la Meta propuesta en el PAI vigencia 2022			
No.	Procesos	Actividades	Observaciones
1	Aseguramiento de la calidad	2	En informe remitido por aseguramiento de la calidad, se encuentra que faltaron 9 procesos por certificar de parte de la SDSC. Y es conveniente aclarar que la no certificación se debió a que la Secretaría no alcanzó a realizar la visita completa al Hospital. Los 9 procesos están listos para ser verificados. Con respecto a la autoevaluación con estándares de acreditación, se tenía como meta propuesta en el plan de gestión de 1,16 y se obtuvo 1,13. Pese a que es una calificación alta, esta no alcanza para que el gerente sea evaluado en este indicador con la máxima calificación en el indicador del plan de gestión gerencial

2	Gestión de la Infraestructura y tecnología	2	La reposición de equipos biomédicos e industriales obsoletos, solo avanzó en un 8,6% y la meta propuesta fue mayor o igual a 20%. De acuerdo a la ficha del indicador, se evidencia una ejecución del 93% del plan de mantenimiento de equipos biomédicos y la meta propuesta fue de 95% en adelante.
3	Oficina Asesora de Planeación	2	Se proponía una ejecución del 90% o más del Plan Anual de Adquisiciones y se alcanzó una ejecución del 84%. Las actividades del programa de Responsabilidad Social que no se cumplieron estuvieron a cargo de los procesos: docencia-servicio, madre canguro y planeación. Se obtuvo un cumplimiento del 89% y la meta propuesta era de 90%
4	Subgerencia Administrativa y Financiera	1	De acuerdo a la Resolución 408 de 2018, se incumple en el indicador que relacionado con la evolución del gasto por unidad de valor relativo producido. Valor obtenido 0,99 y la meta establecida era menor a 90
5	Gestión documental	0,5	Se propuso un cumplimiento al menos del 90% de la actividad del PINAR. De las 4 actividades establecidas, no se obtuvo del proceso de gestión documental, evidencia de: socialización y capacitación al talento humano en el manejo de las herramientas tecnológicas y aplicativos informáticos; y de la actualización de tablas de retención documental y convalidación de tablas de valoración documental
Total		7,5	

Cuadro 3: Observaciones por incumplimiento de metas PAI 2022

Fuente: Soportes de las actividades remitida por coordinador de cada proceso.

Se observa que los procesos: Aseguramiento de la calidad, Gestión de la infraestructura y tecnología y la Oficina asesora de planeación participan con el 80% de las actividades que no alcanzaron cumplimiento de la meta; la subgerencia administrativa y financiera con el 13.3% y Gestión documental con el 6.7%.

Conclusiones

- ✓ Se contempló un total de 53 actividades para ser implementadas mediante el PAI en el año 2022
- ✓ Las actividades propuestas en el PAI del hospital son cumplidas en un 85.8%
- ✓ Las actividades incumplidas corresponden al 14.2%
- ✓ 8 procesos que equivalen al 61.5% de los procesos del hospital cumplen al 100% con la ejecución del PAI 2022. Estos procesos son: Subgerencia científica, Talento humano, seguridad y salud en el trabajo, Innovación e investigación, Gestión ambiental, Bioética, Oficina Asesora Jurídica y administración y almacenamiento de la información.
- ✓ 5 procesos equivalentes al 38.4% no alcanzaron a cumplir alguna de sus metas al 100%. Estos procesos fueron: Subgerencia Administrativa y Financiera, Oficina

Asesora de Planeación, Gestión de la Infraestructura y Tecnología, Aseguramiento de la Calidad y Gestión documental.

- ✓ Los incumplimientos se debieron a no remisión de las evidencias establecidas en el PAI 2022, o, porque los procesos a pesar de la implementación, no lograron alcanzar la meta establecida.

Recomendaciones

- ✓ A partir de este informe entregar como anexo la matriz con la cual se realiza el seguimiento y evaluación al PAI.
- ✓ Siendo que son más de 4 actividades que no alcanzan meta establecida y que corresponden a un trabajo conjunto entre diferentes procesos, se hace indispensable brindar apoyo a estas áreas para que los procesos visibilizados como responsables, logren la meta propuesta.
- ✓ Continuar con los seguimientos semestrales formales, es decir con medición de indicadores, revisión de evidencias, elaboración y socialización de informes de la ejecución del PAI; y trimestralmente, seguimiento a indicadores y revisión de evidencias.

HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Elaboró: Esmeralda Cuspoca/Profesional especializado Apoyo oficina asesora planeación

Anexo: Matriz de seguimiento.

MATRIZ DE SEGUIMIENTO

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Documentar las rutas integrales	1	Implementar las rutas de atención integral: Promoción y mantenimiento de la salud, y materno perinatal	Subgerencia científica	% implementación de Rutas de atención integral: Promoción y mantenimiento de la salud, y materno perinatal	≥ 30%	Informe de avance de implementación de las 2 RIAS	14	20	70%	100%	La ruta de promoción y mantenimiento para el último trimestre del año alcanzó una implementación del 87% y la ruta materno perinatal del 70%
	2	Implementar las rutas de atención integrales: cancer, cerebro-cardio-pulmonar, enfermedades huérfanas, salud mental	Subgerencia científica	% implementación de Rutas de atención integrales: cancer, cerebro-cardio-pulmonar, enfermedades huérfanas, salud mental	≥ 20%	Informe de avance de implementación de las 4 RIAS	4	20	20%	100%	Al último trimestre del año 2022 se encuentran los siguientes avances de las rutas: Ruta SPA: 33%. Ruta salud mental: 14,2%. Cardiovascular: 41,2%. Cáncer de cuello uterino: 90%. Cáncer de mama: 90%. Huérfanas: 50%
Realizar seguimiento a indicadores Resolución 408 de 2018 en el área de gestión clínica o asistencial	3	Implementar estrategias y actividades para lograr estandar propuesto año 2022 en el área de gestión clínica o asistencial del plan de gestión gerencial	Subgerencia científica	No. Estándares de la Resolución 408 de 2018 que alcanzan meta propuesta para el año 2022, en el plan de gestión gerencial 2020-2023	≥ 90%	Informe de seguimiento a plan de gestión resolución 408	9	9	100%	100%	Según informe elaborado por la subgerencia científica, se cumplió con evaluación de 5,0 en cada uno de los indicadores asistenciales de la resolución 408 de 2018
Establecer herramienta de comparación y evaluación continua a fin de mejorar las prácticas clínicas y administrativas	4	Elaborar e implementar plan de referenciación comparativa y/o competitiva	Oficina asesora de planeación	% implementación plan de referenciación comparativa y/o competitiva	80% actividades implementadas del plan de referenciación comparativa y/o competitiva del HUSJ	Informe de seguimiento a plan de referenciación	1	1	100%	100%	Según informe elaborado por la oficina asesora de planeación, se implementaron el 63,1% de las actividades propuestas en el plan general de referenciación

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Ejecutar plan de certificación en habilitación de servicios de acuerdo a priorización según riesgo y estado del proceso	5	Certificar servicios en sistema unico de habilitación	Aseguramiento de la calidad	No. Servicios nuevos por certificar	≥ 19 servicios	Informe de ejecución del plan de certificación de servicios en habilitación	10	19	53%	53,0%	En informe remitido por aseguramiento de la calidad, se encuentra que los otros 9 servicios pendientes por certificar, no fue por falta de cumplimiento por parte del hospital, sino porque el equipo verificador de la SDSC no alcanzó a revisar estos servicios
Ejecutar plan de acreditación institucional	6	Realizar la autoevaluación según estandares de acreditación	Aseguramiento de la calidad	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	≥ 1.2	Informe de seguimiento a plan de gestion resolucion 408	2,82	2,53	1,13%	97,4%	La meta propuesta en el plan de gestión era de 1,16. Pese a que es una calificación alta, esta no alcanza para que el gerente sea evaluado en este indicador con la máxima calificación en el indicador del plan de gestión gerencial
Realizar las rondas de seguridad del paciente y las jornadas de humanización	7	Implementar y evaluar la adherencia de la política de humanización y de seguridad del paciente	Aseguramiento de la calidad	% políticas de humanización y de seguridad del paciente implementada y evaluada	≥90%	Informe de seguimiento a la implementación de las actividades y adherencia de la política de humanización y seguridad del paciente	64	64	100%	100%	Fueron 50 actividades programadas y ejecutadas de la política de humanización. 14 actividades programadas y ejecutadas de la política de seguridad del paciente

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Realizar seguimiento al plan de acción del PAMEC por los procesos	8	Seguimiento y evaluación del programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC	Aseguramiento de la calidad	% ejecución del PAMEC	≥90%	Informe de seguimiento al PAMEC	324	330	98,2%	100%	Los grupos de estándares: Mejoramiento, Direccionamiento, Gestión de la tecnología y Ambiente físico tuvieron un cumplimiento del 100%
Fortalecer el sistema de información de la calidad	9	Analizar y socializar periódicamente los indicadores de los procesos administrativos y financieros	Subgerencia administrativa y financiera	informes de análisis de indicadores de los procesos administrativos y financieros	4	Infotme de análisis, Acta de socialización, lista de asistencia	2	2	100,0%	100%	Se cuenta con acta de último trimestre. De 145 indicadores socializados en Comité financiero, se cumple en el 93,8% de ellos.
	10	Analizar y socializar periódicamente los indicadores de los procesos asistenciales	Subgerencia científica	informes de análisis de indicadores de los procesos asistenciales	4	Informe de análisis, Acta de socialización, lista de asistencia	2	2	100,0%	100%	Para el último trimestre del año 2022, se hizo seguimiento y socializaron 393 indicadores con u porcentaje de cumplimiento del 88,04%. Hay 15 servicios con cumplimiento al 100% de sus indicadores; 9 servicios con cumplimiento entre el 90 y 99% y los 12 servicios restante, con cumplimiento menor al 90%

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Realizar gestiones para la vinculación a CVIac individuales y/o como grupo	11	Realizar investigaciones que se traduzcan para el HUSJ en innovación	Innovación e investigación	No. Investigaciones realizadas que evidencian gestión de la innovación	≥1	Documento de la investigación	10	1	100%	100%	El coordinador del proceso, remitió presentación en power point donde describe título, tipo de investigación, nombre de los investigadores y universidad con la que se adelanta el proceso investigativo
Aplicar lista de verificación, según Resolución 3409 de 2012	12	Cumplir con las condiciones de calidad vigentes para certificarse como hospital universitario	Innovación e investigación	% cumplimiento de las condiciones de calidad para proyección como hospital universitario	≥20%	Informe de seguimiento a las condiciones de calidad para certificarse como hospital universitario	6	7	86%	100%	Falta alcanzar la certificaciones a la totalidad de los servicios que se prestan en el hospital y la acreditación, para alcanzar el cumplimiento al 100%
Realizar investigaciones para el mejoramiento institucional	13	Evaluar y priorizar los proyectos de investigación a través del comité de investigaciones y bioética.	Ética médica	% proyectos de investigación evaluados	≥80%	Informe con la relación de investigaciones realizadas. Actas de comité de ética	15	15	100%	100%	Estos corresponden a los proyectos de investigación presentados entre julio y diciembre. En el primer semestre fueron 19. Lo que significa que para el 2022 fueron en total 34 proyectos presentados

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Atender requerimientos para la certificación y acreditación en calidad y certificación como hospital universitario	14	Realizar remodelaciones, ampliaciones, adecuaciones o enlucimiento de las área del hospital	Gestión de la infraestructura y la tecnología	% servicios con remodelación, ampliación adecuación, enlucimiento, adecuación y/o mejoramiento de la infraestructura	≥40%	Informes de las actividades realizadas	11	11	100,0%	100%	En el primer semestre se realizaron las actividades en 7 áreas, mientras que para el segundo semestre, se realizaron en 11 áreas
	15	Desarrollar las actividades de mantenimiento de la infraestructura programadas en el plan	Gestión de la infraestructura y la tecnología	% ejecución del plan de mantenimiento a la infraestructura física	≥95%	Plan de mantenimiento formulado, Informe de seguimiento a la ejecución del plan	5885	6030	97,5%	100%	Se cuenta con ficha de indicador presentado por subproceso ingeniería biomédica donde describe mes a mes las actividades en el 2022
Justificar presentación de proyectos por nivel y complementariedad de la prestación de servicios	16	Realizar estudio financiero para proyecto de salud mental y telemedicina	Oficina asesora de planeación	No.estudios financieros de los proyectos de salud mental y telemedicina	2 Estudios Financieros realizados	Estudios Financieros	1	1	100,0%	100%	Se cuenta con perfiles de proyectos y datos de ingresos y gastos, sin embargo en el caso del salud mental, se cambió el objeto del proyecto y esta por definirse el enfoque. Telemedicina se presentó proyecto pero la junta directiva manifestó no ser prioritario

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Gestionar la consecusión de los recursos económicos para implementar el proyecto de la nueva torre	17	Presentar proyecto de construcción de la nueva torre ante Ministerio de Salud	Gestion de la infraestructura y la tecnología	Aprobación del proyecto de la torre por parte del Ministerio de Salud	Concepto de viabilidad del proyecto de la torre por parte de Minsalud	Concepto de viabilidad	1	1	100,0%	100%	El 11 de abril de 2022, el Ministerio emitió el concepto de viabilidad del proyecto bajo el radicado 202223200812041
Gestionar la consecusión de los recursos económicos para implementar los proyectos	18	Adelantar gestiones necesarias para lograr la aprobación e implementar proyectos de la unidad de oncología, cardiovascular y trasplante renal	Subgerencia científica	No. proyectos presentados a Junta Directiva para las unidades de negocios: oncología, cardiovascular y trasplante renal	3 proyectos presentados	Acta de Junta Directiva en la que se presentan los proyectos	3	3	66,7%	100%	El proyecto cardiovascular se cumplió con el proyecto de hemodinamia El proyecto de oncología se definió no elaborar uno nuevo, sino continuar con quimioterapia y consulta oncológica El proyecto de trasplante ya se sustentó. Se esta pendiente sobre la adecuación de los quirófanos que cuenten con requisitos de habilitación: aire acondicionado
Adelantar las gestiones para la aprobación del plan de reordenamiento por parte del Ministerio de Salud	19	Presentar ante el Ministerio de Salud el plan de reordenamiento hospitalario	Oficina asesora de planeación	Plan de reordenamiento hospitalario radicado ante Ministerio de Salud	1 plan radicado	Oficio de radicación del proyecto.	1	1	100,0%	100%	El 10% equivale al estudio diagnóstico y levantamiento de la información realizado en cada una de las áreas físicas del hospital

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Solicitar y/o formular proyecto para la adquisición de equipos a partir de los requerimientos establecidos en el SUH	20	Dotar con equipos biomédicos, industriales, de cómputo y mobiliario para cumplimiento de estandar de dotación del SUH	Subgerencia administrativa	% de servicios con dotación completa de equipos biomédicos, industriales, de cómputo y mobiliario requeridos en cumplimiento del SUH	≥50%	Certificación expedida por subgerente administrativa y financiera	76	86	88,4%	100%	Se cuenta con la certificación expedida por el proceso de gestión de la infraestructura y tecnología, en la cual estan descritas las áreas que fueron dotadas.
Presentar una relación detallada por cada servicio de los equipos obsoletos	21	Reponer los equipos biomédicos e industriales obsoletos	Gestión de la infraestructura y la tecnología	% equipos biomedicos e industriales repuestos según índice de obsolescencia	≥20%	Certificación expedida por coordinador proceso gestion de la infraestructura y la tecnología	15	175	8,6%	43%	Se cuenta con la certificación expedida por el proceso de gestión de la infraestructura y tecnología, en la cual estan descritos los equipos repuestos. Se debían reponer 35 equipos biomédicos
Socializar plan de mantenimiento hospitalario en los servicios asistenciales	22	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos según lo establecido en el plan de mantenimiento 2022	Gestión de la infraestructura y la tecnología	% plan de mantenimiento de equipos biomédicos ejecutado	≥95%	Informe de ejecución plan de mantenimiento biomédico	5971	6507	92%	97%	Se cuenta con la ficha del indicador, en la cual se evidencia la ejecución de la actividad mes a mes

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Tener en cuenta diagnóstico de los software de calidad que tiene el hospital y los requerimientos reales	23	Adelantar las gestiones necesarias para el fortalecimiento o cambio de software que dinamiza el sistema de información para la calidad en todos los servicios del HUSJ	Aseguramiento de la calidad	Software que integra de manera confiable, segura y oportuna la información clínica y administrativa del HUSJ, además, amigable con el medio ambiente	1	Informe de seguimiento	1	1	100%	100%	Se obtiene informe de parte del proceso de aseguramiento de la calidad donde determinana que el software Daruma podría apoyar la gestión institucional, sin embargo las dificultades en el entrenamiento del personal, la rotación de las personas pertenecientes a los procesos responsables y la falta de adquisición de la interfaz para la conexión con Dinámica Gerencial para los procesos asistenciales y administrativos no han permitido el uso adecuado y sobre todo el impacto que este Software debería tener en la institución.
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	24	Implementar el plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones PETI	Sistemas de información	% implementación PETI	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	7	7	100%	100%	Se cuenta con informe que contiene el desarrollo y evidencias de cada una de las 7 actividades propuestas en el PETI
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	25	Implementar el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Sistemas de información	% implementación del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	6	6	100%	100%	Se cuenta con informe que contiene el desarrollo y evidencias de cada una de las 6 actividades propuestas en el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	26	Implementar el plan de seguridad y privacidad de la información	Sistemas de información	% implementación del plan de de seguridad y privacidad de la información	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	8	8	100%	100%	Se cuenta con informe que contiene el desarrollo y evidencias de cada una de las 6 actividades propuestas en el plan de seguridad y privacidad de la información
Fortalecer el sistema de información	27	Realizar seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas para el Índice de Transparencia y derecho al acceso a la información ITA	Oficina asesora de planeación	% cumplimiento de las acciones definidas a cumplir con el ITA	≥90%	Informe de seguimiento a la URL Pagina WEB institucional	158,6	176	90%	100%	Son 13 categorías del ITA que aplican al Hospital y ellas contiene las 176 actividades. Siendo la categoría Instrumentos de gestión de información pública, la que tiene el mayor número de actividades, total 34. Mientras que la categoría normatividad solo tiene 1 actividad
	28	Actualizar el Sistema Unico de Información y Trámites - SUIT	Subgerencia administrativa y financiera	No. Actualizaciones realizadas al SUIT	2	Informe de Actualización	1	1	100%	100%	Son 8 formatos integrados que adopta el hospital de la plataforma Suit. Se tienen 5 formatos inscritos, 1 entrámite y pendientes de inscripción: examen de laboratorio clínico y certificado de paz y salvo. Es decir que en cuanto a la implementación del Suit, se esta en un poco menos de 75%
	29	Implementar el plan institucional de archivos-PINAR	Coordinación gestión documental	% implementación del Plan institucional de archivos-PINAR	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	2	4	50%	56%	Las 4 actividades del PINAR estan relacionadas con: capacitaciones en archivos de gestión; elaboración y socialización del procedimiento de la gestión, trámite, administración y preservación de documento electrónico; socializar y capacitar al talento humano en el manejo de las herramientas tecnológicas y aplicativos informáticos; y actualización de tablas de retención documental y convalidación de tablas de valoración documental. La penúltima actividad se realizó, pero el proceso no entregó el informe y las acciones frente a TRD-TVD no avanzaron para lograr su aprobación

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.											
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN											
PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Adquirir la herramienta teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico elaborado en diciembre de 2020	30	Dotar a la subgerencia administrativa y financiera del HUSJ con una herramienta que le permita monitorear y controlar los recursos de los procesos administrativos y compararlos con los estándares locales	Subgerencia administrativa y financiera	Herramienta de monitoreo, control y comparación de recursos de los procesos administrativos	1	Informe seguimiento	1	1	100%	100%	El sistema de información Dinámica gerencial cuenta con tablero de control financiero ubicado en el módulo de contabilidad NIIF cartera y pago. Por lo tanto no se requiere obtner o diseñar otra herramienta, sino fortalecer desde dinámica
Revisar permanentemente las tarifas del mercado para la toma de decisiones	31	Establecer tarifas que permitan que los procesos de prestación de servicios del hospital se hacen más competitivos y rentable acorde con el mercado y la política de rentabilidad de la entidad	Subgerencia científica	% procesos asistenciales mas competitivos y rentables acorde con el mercado y la política de rentabilidad del Hospital	≥50%	Informes de seguimiento a la implementación del plan de acción	27	54	50%	100%	Los servicios de mayor rentabilidad son: madre canguro, radiología, laboratorio clínico, cardiovascular y uci neonatal
Realizar seguimiento a indicadores Resolución 408 de 2018 en el área de gestión administrativa y financiera	32	Implementar estrategias y actividades para lograr estandar propuesto año 2022 en el área de gestión administrativa y financiera del plan de gestión gerencial	Subgerencia administrativa y financiera	No. Estandares de la Resolución 408 de 2018 que alcanzan meta propuesta para el año 2022, en el plan de gestión gerencial 2020-2023	≥90%	Informe de seguimiento a plan de gestión resolución 408	7	8	88%	98%	El indicador que se incumple es el de evolución del gasto por unidad de de valor relativo producido. Valor obtenido 0,99 y la meta establecida era menor a 90

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Identificar y hacer seguimiento del riesgo financiero	33	Realizar el seguimiento y evaluación del informe generado por la herramienta de seguimiento y control financiero	Oficina asesora de planeación	Análisis financiero y presupuestal	2	Actas de comité de gestión y desempeño	1	1	100%	100%	Se cuenta con informe detallado
Fortalecer la gestión jurídica con miras a minimizar los efectos de las demandas.	34	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas establecidas en el año 2021	Oficina asesora jurídica	Actividades cumplidas del plan de mejoramiento	≥80%	Informe de seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en el plan	S.D	S.D	100%	100%	Jurídica identifica los procesos conforme a su nivel de riesgos, lleva a comité de conciliación y realizan propuestas conjuntas. Programaron calendarios los viernes de cada semana. Sin embargo en el informe no establece la fórmula del indicador, pero informan 100% cumplimiento de la meta para esta actividad
Implementar y hacer seguimiento al plan de Austeridad y Gestión ambiental	35	Actualizar y realizar el seguimiento al plan de Austeridad y Gestión ambiental	Subgerencia administrativa y financiera	% cumplimiento del plan de Austeridad y Gestión ambiental	≥80%	* Documento plan de austeridad y gestión ambiental * Informe de seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en el Plan de Austeridad y Gestión ambiental	3	4	75%	94%	Se observó un incremento en el consumo de metros cúbicos de agua durante el segundo semestre del 2022. Se pasó de 1900m3 en enero a 9000 m3 en diciembre. La empresa de acueducto informa que hubo inconveniente con el instrumento de medición. Sin embargo para este informe se procede a declarar la actividad de costos servicios públicos como incumplida
Fortalecer el proceso de contratación de bienes y servicios	36	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Oficina asesora de planeación	% cumplimiento del Plan anual de adquisiciones - PAA	≥90%	Informe de seguimiento a la ejecución del PAA	2,07434E+11	2,4805E+11	84%	93%	\$40615611184 equivalente al 16% fue lo pendiente por ejecutar a 2022. De 170 necesidades establecidas en el PAA, 164 tuvieron asignación de contratos.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Trabajar conjuntamente con la oficina asesora de planeación para el establecimiento de los planes de mejoramiento	37	Ejecutar las acciones definidas en los autodiagnosticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.	Oficina asesora de planeación	% cumplimiento implementación de las actividades definidas de MIPG,	≥72,25%	Informe seguimiento MIPG	744	1023	73%	100%	Para la vigencia 2022, tanto el resultado medido por actividades cumplidas como el resultado por puntos de la planilla del DAFP, arrojan resultados concordantes de 73 y 77 puntos respectivamente, lo que define que la institución esta ubicada en el cuarto grado de desarrollo de los 5 posibles del MIPG (grado medio-alto)
	38	Mantener el índice de los resultados del FURAG II	Oficina asesora de planeación	% cumplimiento plan de mejoramiento FURAG II	≥69%	Informe seguimiento FURAG II	S.D	S.D	78%	100%	Información obtenida de la pagina del DAFP
Trabajar conjuntamente con los coordinadores de los distintos procesos para la formulación del mapa de riesgos institucional	39	Coordinar la formulación de mapas de riesgos institucionales	Oficina de planeación	% seguimiento a mapas de riesgos	≥80%	Mapa institucional de riesgos Informe de seguimiento a riesgos	65	65	100%	100%	Fueron en total 189 actividades específicas en los procesos para la gestión de los riesgos, las cuales tambien se cumplieron al 100%
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	40	Implementar el plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAYAC	Oficina de planeación	% implementación del plan anticorrupción y atención al ciudadano	≥80%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	14	15	93%	100%	La única actividad que quedó en desarrollo fue la actualización del Código de conducta y de buen gobierno teniendo en cuenta las medidas mencionadas en la circular externa 003 de 2018 de la Supersalud

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Convalidar las actividades realizadas en las políticas de MIPG con las demás políticas institucionales	41	Realizar el seguimiento a la implementación de las actividades establecidas en cada política institucional adoptada en el HUSJ	Oficina asesora de planeación	% Cumplimiento de las acciones establecidas en las políticas institucionales adoptadas	≥60%	Informe seguimiento implementación de cada política adoptada por el hospital	241	264	91%	100%	De las 76 actividades en total que tiene desagregadas el proceso de aseguramiento de la calidad, implementó 55, siendo el proceso que menos cumplió en esta actividad. Alcanzó el 72,4% de implementación. 8 procesos cumplieron al 100%
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	42	Implementar el plan de previsión de recursos humanos	Talento Humano	% implementación del plan de previsión de recursos humanos	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	1	1	100%	100%	En el segundo semestre del 2022 no se realizaron estudios de encargos, estos se realizan cuando hay solicitudes de la parte administrativa, se realizó estudio de hojas de vida para el libre nombramiento de Jefe de Control Interno Disciplinario acorde al manual de funciones de la institución dando como resultado el nombramiento del señor Jaime Mejía Gómez quien inicio labores el 18 de agosto de 2022.
	43	Implementar el plan anual de vacantes		% implementación del plan anual de vacantes	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	4	4	100%	100%	Se realizó consignación de recursos por parte del hospital, para la realización del concurso de carrera administrativa por parte de la CNSC, al igual que el reporte de las vacantes existentes
	44	Implementar el plan estratégico de talento humano		% implementación del plan estratégico de talento humano	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	19	21	91%	100%	Las actividades que no se realizaron fueron: la peña artística para promover la interculturalidad; y artes y manualidades (arreglos navideños)

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Considerar como prioritario dentro del plan, las actividades que quedaron pendientes de ejecutar o finalizar del año 2021	45	Implementar el plan institucional de capacitación	Talento Humano	% implementación del plan institucional de capacitación	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	1	1	100%	100%	Se tiene herramienta de trabajo pero no se cuenta con informe de seguimiento
	46	Implementar el plan de incentivos institucionales		% implementación del plan de incentivos institucionales	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	20	22	91%	100%	Las actividades que no se realizaron fueron: la peña artística para promover la interculturalidad; y artes y manualidades (arreglos navideños). Son las mismas actividades que no se lograron realizar en el plan estratégico
	47	Implementar el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	Oficina seguridad y salud en el trabajo	% implementación del plan de de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	≥90%	Informe de seguimiento a actividades realizadas	33	33	100%	100%	Se cuenta con informe de descripción de cada una de las 33 actividades realizadas

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Fortalecer la gestión del talento humano	48	Direccionar el proceso de evaluación del desempeño laboral	Talento Humano	Funcionarios con evaluación del desempeño	≥90%	Consolidado de evaluaciones del desempeño realizadas y acto administrativo de asignación de evaluación del desempeño	130	130	100%	100%	En el segundo semestre del 2022 específicamente en el mes de agosto se realizó la evaluación desempeño del primer semestre a los servidores públicos de la institución con un cumplimiento del 100% del personal evaluado, el resultado de la evaluación se complementa con la que se realiza en enero del 2023
	49	Formular y ejecutar el plan de bienestar social	Talento Humano	Cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de bienestar	≥80%	Informe de implementación del plan de bienestar social	29	32	91%	100%	Las actividades que no se realizaron fueron: la peña artística para promover la interculturalidad; y artes y manualidades (arreglos navideños). Son las mismas actividades que no se lograron realizar cumplir en el plan estratégico y en el plan de incentivos. La otra actividad fue una jornada de baile deportivo
Realizar seguimiento a indicadores Resolución 408 de 2018 en el área de dirección y gerencia	50	Implementar estrategias y actividades para cumplir con la ejecución del plan de desarrollo institucional - plan estratégico para el año 2022	Oficina asesora de planeación	% ejecución plan de desarrollo institucional-plan estratégico	≥90%	Informe de seguimiento a plan de desarrollo-plan estratégico	24	26	92%	100%	Se elaboró informe de implementación del plan de desarrollo año 2022. Fueron dos actividades que no alcanzaron a superar el 90% en su implementación. Estas estuvieron bajo la responsabilidad de Aseguramiento de la calidad y gestión de la infraestructura y la tecnología
Incluir en los PAP las actividades del presente PAI, actividades transversales del Hospital y las actividades propias de cada proceso	51	Apoyar en la formulación y realizar seguimiento a los planes de acción por procesos PAP 2022	Oficina asesora de planeación	% ejecución planes de acción por procesos PAP 2022	≥80%	Informe de seguimiento a los PAP	413	471	88%	100%	Los procesos administrativos tuvieron una implementación de las actividades en 89%, mientras que los procesos asistenciales implementaron actividades en el 86%

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL INTEGRAL 2022											
ESTRATEGIA	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	META	EVIDENCIA	SEGUIMIENTO A CORTE DICIEMBRE DE 2022				
							Valor Numerador	Valor Denominador	Resultado indicador	Avance en la meta	Observaciones
Formular e implementar el programa de responsabilidad social empresarial con proyección a la comunidad (RIAS)	52	Ejecutar las acciones del programa de responsabilidad social 2022	Oficina de planeacion	Cumplimiento ejecucuón programa de responsabilidad social	≥90%	Informe de implementación del programa de responsabilidad social	25	28	89%	99%	Las 3 actividades que no se cumplieron estuvieron a cargo de los procesos: docencia-servicio, madre canguro y planeación
Tener en cuenta el programa hospital verde elaborado en 2021	53	Implementar acciones del programa hospital verde	Gestión ambiental	Acciones implementadas del programa hospital verde y saludable	≥40%	Informe de seguimiento	12	12	100%	100%	Ninguna