



INFORME FINAL

IMPLEMENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

PAI 2023

Popayán, febrero de 2024

INFORME FINAL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL PAI 2023

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 2023 del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., mediante No. 002 de 16 de enero de 2023, 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 2023 son los siguientes:

Proceso	Proceso
Talento humano	Gestión Documental
Gestión ambiental	Gestión de la Infraestructura
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	Ética Médica
Oficina Asesora Jurídica	Gestión tecnología biomédicos

Cuadro 1: Procesos responsables de la implementación del PAI 2023

Fuente: Acuerdo No. 002 de 16 de enero de 2023

Para el seguimiento realizado entre los meses de enero a diciembre de 2023, el PAI contempló la ejecución de un total de 57 actividades (que efectivamente aplicaron), la cuales se encuentran distribuidas en cuatro políticas institucionales del plan de desarrollo:

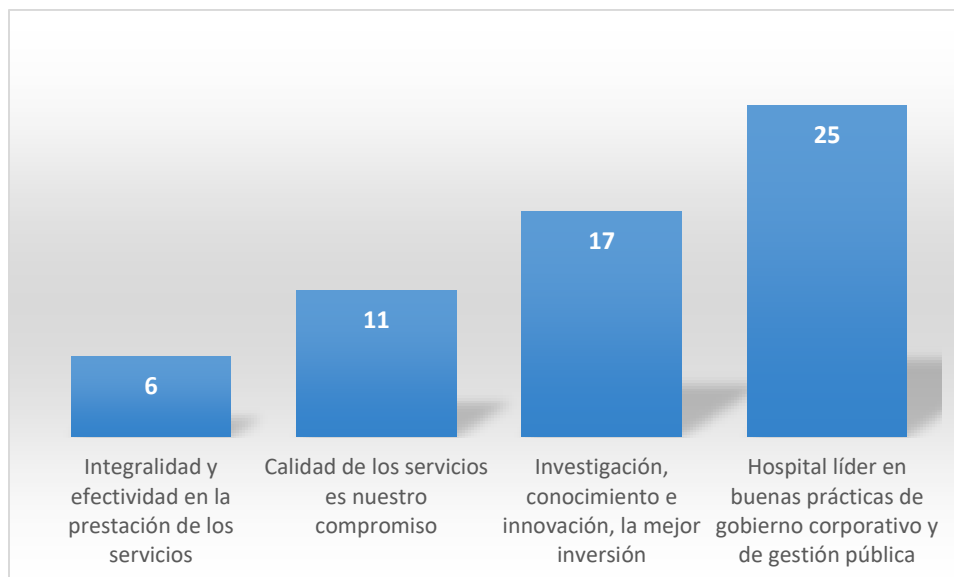


Gráfico 1: Relación de Actividades del PAI 2023, por Políticas Institucionales del Plan de Desarrollo

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

El 42.4% 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 (25 en total), seguida de la política interna “Investigación, conocimiento e innovación, la mejor inversión” con 17 actividades para un 28.8%. La política interna “Calidad de los servicios es nuestro compromiso” le correspondió el 18.6% de las actividades (es decir 11) y la de “Integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud” fue la política interna de menor número de actividades con 6, es decir el 10.2%.

Metodología

En el mes de enero de 2023, desde la oficina asesora de planeación se elaboró el PAI vigencia 2023, 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 2022 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 realiza el seguimiento y evaluación para el compendio del año 2023.

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

Como se mencionó en el cuadro anterior, para el año 2023 se realizó seguimiento a 14 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 14 procesos evaluados, 1 es asistencial que es el caso de la Subgerencia Científica, mientras que 13 equivalente al 92.9% son procesos administrativos.

Informe de seguimiento y evaluación del PAI 2023

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.

Se debe aclarar que, aunque se habían proyectado un total de 59 actividades para ejecutar en el año 2023, tres de ellas fueron valoradas como no aplica, ya que por asuntos externos, la entidad no logró su ejecución, tal es el caso de la visita que se gestionó ante la SDSC para la certificación de 16 servicios de salud, los cuales no se ha logrado su inclusión en la programación de los verificadores. Lo mismo sucedió con los planes de mejora del FURAG, ya que el DAFP no remitió las observaciones de las cuales se deben generar los respectivos planes, y finalmente la actividad relacionada con el seguimiento y evaluación del informe generado por la herramienta de seguimiento y control financiero, la cual no se ha convertido en insumo para la toma de decisiones.

IMPLEMENTACIÓN PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL VIGENCIA 2023					
No.	Procesos	Actividades que aplicaron para el año 2023	Actividades ejecutadas	Actividades que No Alcanzaron Meta Propuesta	% Cumplimiento
1	Subgerencia Científica	7	5,5	1,5	71,4
2	Subgerencia Administrativa y Financiera	5	4,5	0,5	80,0
3	Aseguramiento de la calidad	7	7	0	100,0
4	Oficina Asesora de Planeación	12	10,8	1,2	83,3
5	Oficina Asesora Jurídica	1	0,5	0,5	0,0
6	Talento humano	9	8,8	0,2	89,0
7	Gestión de la Infraestructura y tecnología	5	5	0	100,0
8	Innovación e Investigación	3	3	0	100,0
9	Administración y Almacenamiento de la Información	4	4	0	100,0

10	Seguridad y Salud en el Trabajo	1	1	0	100,0
11	Gestión Ambiental	1	1	0	100,0
1	Gestión documental	1	0,8	0,2	0,0
Total		56	51,9	4,1	92,6%

Cuadro 2: % cumplimiento ejecución PAI 2023

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

El PAI para la vigencia 2023, se cumple en un 92.6% en su implementación. 6 procesos equivalente al 42.9% cumplieron al 100% en la implementación de las actividades PAI. Estos procesos fueron: Aseguramiento de la calidad, Gestión de la infraestructura y tecnología, Innovación e investigación, administración y almacenamiento de la información., seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.

La Subgerencia Administrativa y Financiera, la Oficina Asesora de Planeación y la oficina de talento humano que representan el 21.4% del total de procesos, implementaron sus actividades entre el 80% y 90%.

La subgerencia científica tuvo una ejecución del 71.4%, mientras que los procesos oficina asesora jurídica y gestión documental, no presentaron evidencias, por lo que se les valoró con 0 en el alcance de sus metas.



Gráfico 2 Implementación Actividades PAI 2023

Fuente: Oficina Asesora Planeación HUSJ

En general se puede decir que el 7% de las actividades programadas en el PAI 2023, no alcanzaron a cumplir la meta propuesta.

Actividades que No Alcanzaron la Meta propuesta en el PAI vigencia 2023			
No.	Procesos	Actividades	Observaciones
1	Oficina Asesora de Planeación	1.2	De las caracterizaciones que debían quedar estandarizadas, se logró hacerlo para 50 procesos, de 76, por lo que se avanzó en el 66% y la meta propuesta era 95% Se avanzó con 5 procesos que corresponden al 19% de una meta de 90% de los procesos que diligenciaron la herramienta para cumplir política para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios a proveer
2	Subgerencia científica	1.5	Se adelantó en un 34% de los procesos asistenciales a los que se les estableció 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
3	Oficina asesora jurídica	0.5	La oficina asesora jurídica no entregó evidencia del seguimiento al plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas establecidas en el año 2022
4	Subgerencia Administrativa y Financiera	0.5	La subgerencia administrativa y financiera no entregó evidencia de la implementación de estrategias y actividades para lograr estándar propuesto año 2023 en el área de gestión administrativa y financiera del plan de gestión gerencial
5	Talento humano	0.2	La oficina de talento humano no entregó la evidencia del estudio técnico para formular propuesta de rediseño institucional del HUSJ de Popayán, pese a que en la matriz de seguimiento siempre manifestó hacer la entrega, pero no se hizo efectivamente.
6	Gestión documental	0,2	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		4.1	

Cuadro 3: Observaciones por incumplimiento de metas PAI 2023

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

Se observa que los procesos: Oficina asesora de planeación y la subgerencia científica participan con el 65.9% de las actividades que no alcanzaron cumplimiento de la meta. Los demás procesos participaron con el 34.1%.

Conclusiones

- ✓ Se contempló un total de 56 actividades para ser implementadas mediante el PAI en el año 2023
- ✓ Las actividades propuestas en el PAI del hospital son cumplidas en un 92.6%

- ✓ Las actividades incumplidas corresponden al 4.1%
- ✓ 6 procesos que equivalen al 42.9% de los procesos del hospital cumplen al 100% con la ejecución del PAI 2023. Aseguramiento de la calidad, Gestión de la infraestructura y tecnología, Innovación e investigación, administración y almacenamiento de la información, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental.
- ✓ 6 procesos equivalentes al 57.1% no alcanzaron a cumplir alguna de sus metas al 100%. Estos procesos fueron: Subgerencia Administrativa y Financiera, subgerencia científica, Oficina Asesora de Planeación, oficina asesora jurídica, talento humano y Gestión documental.
- ✓ Los incumplimientos se debieron a no remisión de las evidencias establecidas en el PAI 2023, o, porque los procesos a pesar de la implementación, no lograron alcanzar la meta establecida.

Recomendaciones

- ✓ 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



**INFORME IMPLEMENTACIÓN
PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL (PAI)
AÑO 2023**

FORMULACIÓN							SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 2023					
OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META PROPUESTA	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	1	Implementar las rutas de atención integral: Promoción y mantenimiento de la salud, y materno perinatal	Subgerencia científica	Rutas de atención integral implementadas en el HUSJ de Popayán	No acciones realizadas en las rutas/No. acciones propuestas*100	≥ 75%	$(17/20)*100=85\%$	100%	X		Informe de avance de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud	Las actividades que se realizan en las dos rutas, están circunscritas en los manuales: "Unidos hacia la Promoción y Mantenimiento de la salud para el Bienestar y Autocuidado" y en el manual de la Ruta materno perinatal
	2	Implementar las rutas de atención integrales: cancer, cerebro-cardio-pulmonar, enfermedades huérfanas, salud mental	Subgerencia científica		No acciones realizadas en las rutas/No. acciones propuestas*100	≥ 50%	$(20/20)*100=100\%$	100%	X		Informe de avance de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud	La ruta oncológica es la de mayor avance, con 66% ya que se cuenta con personal especialista en oncología coordinado la Ruta. El profesional está articulando los diferentes procesos institucionales oncogénicos al paciente con estas patologías. Además se habilitó el servicio de hemato oncología pediátrica
	3	Implementar estrategias y actividades para lograr estandarizar el año 2023 en el área de gestión clínica o asistencial del plan de gestión gerencial	Subgerencia científica	Estandares de la gestión clínica o asistencial cumplidos	No. indicadores de la Resolución 408 de 2018 que alcanzan meta propuesta para el año 2022, en el plan de gestión gerencial 2020-2024/No. indicadores de la Resolución 408 de 2018 del área clínica o	≥ 90%	$(9/9)*100=100\%$	100%	X		Informes de seguimiento a plan de gestión resolución 408	Se elaboró informe a corte junio de 2023 y se entregará el informe final para ser evaluado por la junta directiva a corte 2023

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META PROPUESTA	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Garantizar la accesibilidad, integralidad en los servicios, complementariedad y respaldo de las interdependencias	4	Elaborar e implementar plan de referenciación comparativa y/o competitiva año 2023	Oficina asesora de planeación	Plan de referenciación comparativa y/o competitiva implementado	No, actividades implementadas del plan de referenciación/ No. Actividades propuestas*100	80% actividades implementadas del plan de referenciación comparativa y/o competitiva del HUSJ	$(10/10) \cdot 100 = 100\%$	100%	X		Informe de referenciación comparativa y/o competitiva 2023	Se continua realizando seguimiento a los planes de mejora que resultaron de las visitas de referenciación del año 2022. se cuenta con la aprobación de las mejoras propuestas por los líderes de referenciación de las visitas realizada a las IPS acreditadas del Departamento de Nariño, las cuales pasarán a planes de mejora que serán formulados en marzo de 2024
	5	Elaborar y formalizar la caracterización de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos	Oficina asesora de planeación	No. Caracterizaciones de procesos formuladas y/o actualizadas	No. Caracterizaciones de procesos asistenciales y administrativos formuladas y/o actualizadas/No de caracterizaciones propuestas*100	95% caracterizaciones elaboradas y/o actualizadas	$(50/76) \cdot 100 = 66\%$	66%		X	Informe de seguimiento	Los procesos que elaboraron las caracterizaciones fueron 10
	6	Diligenciar la herramienta para cumplir política para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios a proveer	Oficina asesora de planeación	Herramienta diligenciada para establecer tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios	No. Procesos que diligencian la herramienta para cumplir política para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios a proveer/No. Procesos asistenciales*100	90% procesos que cumplen con el diligenciamiento de la herramienta	$(5/26) \cdot 100 = 19\%$	19%		X	Informe de seguimiento	Los procesos que diligenciaron la herramienta fueron: UCIP, Nefrología, Salud mental y UCI adultos

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes	7	Certificar servicios en sistema unico de habilitación	Aseguramiento de la calidad	Servicios certificados	16 servicios	16 servicios	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Informe de ejecución del plan de certificación de servicios en habilitación	A pesar que se realizó la gestión ante la SDSC, no se realizaron las visitas respectivas, aun se esta a la espera. Se tienen 86 servicios habilitados y de ellos 78 estan certificados. De acuerdo a las autoevaluaciones realizadas, los 16 servicios pendientes, serían certificados
	8	Realizar las autoevaluaciones de estándares de habilitación			No. Estándares de habilitación que aplican con cumplimiento al 100%/No. Total de estándares de habilitación que aplican*100	100% cumplimiento de estándares de habilitación en servicios certificados	$(78/78)*100=100\%$	100%	X			Sin observaciones
	9	Realizar autoevaluación del proceso de central de mezclas para solicitar visita de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales BPE por parte del INVIMA, de acuerdo a la Resolución 444 de	Aseguramiento de la calidad	Cumplimiento en BPE	No. De criterios con cumplimiento según la norma /No. Total de criterios establecidos en la norma que aplican al Hospital*100	80% criterios cumplidos según la norma	$(389/389)*100=100\%$	100%	X		Solicitud de visita al Invima con los soportes respectivos	La autoevaluación se llevó a cabo teniendo en cuenta los criterios de la Resolución
	10	Realizar la autoevaluación según estándares de acreditación	Aseguramiento de la calidad	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia	Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia evaluada/ Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior	≥ 1.2	$(3,8/3,4)=1,12$	93%	X		Informe de seguimiento a plan de gestión resolución 408	Es la primera vez que se realizó una autoevaluación para un documento de autoevaluación que se remitió al ICONTEC, por lo tanto el crecimiento que ha obtenido la entidad corresponde al periodo administrativo 2020-2023

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes	11	Formalizar la postulación ante la Junta de Acreditación del ICONTEC	Aseguramiento de la calidad	Acreditación del HUSJ de Popayán	No. Comunicaciones formales emitidas a ente acreditador	1 Comunicación emitida a ente acreditador con respuesta positiva por parte del ICONTEC	1	100%	X		Comunicaciones enviadas por parte del hospital y comunicaciones recibidas del ente acreditador	Se realizó entrega de documento institucional con fines de acreditación ante el ICONTEC diciembre 2023. La formalización de la postulación se cierra con la visita de los verificadores del ICONTEC en el mes de febrero de 2024
	12	Preparar y recibir visita de ente acreditador			No actividades realizadas para atender visita de ente acreditador/No. Actividades propuestas*100	Informe autoevaluación presentado ante el ICONTEC	$(2870/2981)*100$ 96,3%	100%	X		Informe autoevaluación presentado ante el ICONTEC	Se presentó el informe de autoevaluación con estándares de acreditación en el mes de diciembre, se encuentra en la pagina web del hospital
	13	Implementar y evaluar la adherencia de la política de humanización	Aseguramiento de la calidad	Política de humanización y de seguridad del paciente implementada y evaluada	No. Actividades implementadas y evaluadas de la política de humanización/No. Actividades propuestas*100	≥95%	$(6/6)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a la implementación de las actividades y adherencia de la política de humanización y	Se realizaron seguimientos constantes a la correcta implementación de la política de humanización sus actividades, las cuales están soportadas en el cumplimiento del proceso de acreditación institucional
	14	Implementar y evaluar la adherencia de la política de seguridad del paciente			No. Actividades implementadas y evaluadas de la política de seguridad del paciente/No. Actividades propuestas*100	≥95%	$(13/13)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a la implementación de las actividades y adherencia de la política de humanización y seguridad del paciente	Se realizaron seguimientos constantes a la correcta implementación de la política de seguridad del paciente y a sus actividades, las cuales están soportadas en el cumplimiento del proceso de acreditación institucional

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Prestar servicios de salud con altos estándares de calidad, seguridad y humanización en la atención de los pacientes	15	Seguimiento y evaluación del programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad - PAMEC	Aseguramiento de la calidad	PAMEC ejecutado	No. actividades realizadas / No. actividades programadas *100	≥90%	$(98/107)*100=92\%$	100%	X		Informe de seguimiento al PAMEC	El informe se encuentra pormenorizado por cada uno de grupos de estándares, también por grupos de procesos (estratégicos, misionales, de apoyo y transversales)
	16	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	No. de informes de análisis de indicadores socializados de los procesos administrativos	4	$(4/4)*100=100\%$	100%	X		La subgerencia administrativa y financiera presenta 4 actas de la socialización de indicadores	La subgerencia administrativa y financiera realiza la reunión para socialización, seguimiento y evaluación de indicadores por medio del comité financiero
	17	Analizar y socializar periódicamente los indicadores de los procesos asistenciales	Subgerencia científica	informes de análisis de indicadores de los procesos asistenciales	No. de informes de análisis de indicadores socializados de los procesos asistenciales	4	$(4/4)*100=100\%$	100%	X		La subgerencia científica presenta 4 actas de la socialización de indicadores	La subgerencia científica se apoya del proceso de aseguramiento de la calidad para relizar las reuniones y para formalizar la información de los indicadores

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicadas al proceso de atención en salud	18	Elaborar e implementar proceso documentado para que el hospital efectúe apoyo a los estudiantes universitarios en la realización de investigaciones	Innovación e investigación	Apoyo a la formación investigativa en el HUSJ de Popayán	No. Documentos elaborados que detallan los procesos adoptados por el HUSJ en conjunto con las Instituciones de educación superior para fomentar la formación	≥ 1	$0,5 = 50\%$	100%	X		Documento sobre procesos adoptados para el fomento de la formación investigativa de los estudiantes	El documento se encuentra en construcción. Pese a que se había construido totalmente, Colciencias planteó modificaciones en el estándar por lo tanto, se está adecuando a los nuevos requerimientos a nivel nacional
	19	Elaborar e implementar proceso documentado sobre medios de información propios del HUSJ para la difusión de los estudios realizados por los grupos de investigación	Innovación e investigación	Apoyo a la formación investigativa en el HUSJ de Popayán	1 documento elaborado que detalla los medios de información propios del HUSJ para la difusión de los estudios realizados por los grupos de investigación	≥ 1	$1 = 100\%$	100%	X		Documento que contiene cuales y la metodología que se debe adelantar para que los medios de información propios del HUSJ	Publicación del boletín informativo de investigaciones: Vulcano > áreas > gestión de innovación e investigación > boletín de investigaciones.
	20	Cumplir con las condiciones de calidad vigentes para certificarse como hospital universitario	Innovación e investigación	Hospital San José de Popayán, certificado como Hospital universitario	No. Estándares con cumplimiento superior al 90%/No. Total de estándares que aplican*100	$\geq 30\%$	$(6/7)*100 = 85,7\%$	100%	X		Informe de seguimiento a las condiciones de calidad para certificarse como	No se cumple con la actividad de estar acreditados en salud

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Disponer de Infraestructura óptima para la asistencia segura y humanizada, la docencia e	21	Desarrollar las actividades de mantenimiento de la infraestructura programadas en el plan	Gestión de la infraestructura y la tecnología	Plan de mantenimiento a la infraestructura física ejecutado	No. Actividades de mantenimiento de la infraestructura ejecutados / No. Mantenimiento programados	≥95%	$(3365/3434)*100=98\%$	100%	X		Plan de mantenimiento formulado, Informe de seguimiento a la ejecución	Sin observaciones
Disponer de Infraestructura óptima para la asistencia segura y humanizada, la docencia e investigación	22	Realizar las gestiones a nivel técnico, económico y financiero para concretar la construcción de la nueva torre del HUSJ.	Gestión de la infraestructura y la tecnología	Torre nueva del HUSJ construida	Contrato de construcción de la nueva torre	1 contrato formalizado para la construcción de la nueva torre del HUSJ de	$1=100\%$	100%	X		Contrato para la construcción de la torre nueva	En el área jurídica reposa el contrato para la construcción de la torre con número 358 de 2023
	23	Implementar los proyectos para unidades de negocio: cardiovascular y trasplante renal	Subgerencia científica	Proyectos nuevos en el HUSJ de Popayán implementados	No. Proyectos nuevos implementados	2 proyectos ejecutados al 100%	$(2/2)*100=100\%$	100%	X		Informes de seguimiento a la implementación de los nuevos proyectos	El proyecto para el servicio cardiovascular, se representa mediante el proyecto de hemodinamia. Se inauguró la unidad de trasplante renal. La oficina asesora de planeación, elaboró los respectivos informes.
	24	Implementación del plan de reordenamiento hospitalario	Gestión de la infraestructura y la tecnología	Plan de reordenamiento hospitalario implementado	No. Actividades ejecutadas del plan de reordenamiento / No. Actividades propuestas*100	90% actividades ejecutadas del plan de reordenamiento	$(3/3)=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a la implementación del plan de reordenamiento hospitalario	Aunque en la actualidad no se tiene de manera definitiva el plan de reordenamiento institucional, se han adelantado acciones que han permitido dar un reordenamiento institucional, mejorando de esta manera la funcionalidad de los servicios y en las áreas administrativas

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Disponer de tecnología, equipos biomédicos, industriales, de cómputo y mobiliario acorde e integrados a la asistencia segura y humanizada, la docencia e investigación	25	Dotar con equipos biomédicos, industriales, de cómputo y mobiliario para cumplimiento de estándar de dotación del SUH	Subgerencia administrativa y financiera	Servicios del HUSJ de Popayán con dotación completa	No. servicios dotados con equipos biomédicos, industriales, de cómputo y mobiliario/No. Servicios Priorizados en cumplimiento del SUH del HUSJ*100	≥15%	$(85/85)*100=100\%$	100%	X		Certificación expedida por subgerente administrativa y financiera	Todos los servicios cuentan con la dotación respectiva y requerida en cumplimiento de los estándares de habilitación
	26	Reponer los equipos biomédicos e industriales obsoletos	Gestión de la infraestructura y la tecnología	Reposición de equipos biomédicos e industriales	No. equipos biomédicos e industriales repuestos según índice de obsolescencia/No. equipos obsoletos*100	≥10%	$(34/121)=28\%$	100%	X		Certificación expedida por coordinador proceso gestión de la infraestructura y la tecnología	La evidencia de esta actividad, se encuentra en la subgerencia administrativa y financiera
	27	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	No. mantenimientos ejecutados/No. mantenimientos programados para el periodo*100	≥90%	$(1649/1826)*100=90,3\%$	100%	X		Informe de ejecución plan de mantenimiento biomédico	Según el Indicador No. 200 que mide la ejecución del mantenimiento programado de equipos biomédicos, la meta establecida es de 90% por lo tanto se ajustó la meta que había establecido el PAI de 95%

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Disponer de información confiable para la asistencia y gestión del conocimiento	28	Realizar el mantenimiento y actualización de los software con los que cuenta el HUSJ	Sistemas de información	Calidad en el disponibilidad de la información	No. mantenimientos y actualizaciones realizadas a los software con los que cuenta el hospital/No. Mantenimientos y actualizaciones programadas*100	100% mantenimientos y actualizaciones realizadas	$(4/4)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Cumplimiento plan de mantenimiento y actualizaciones de los software institucionales. Se le hace mantenimiento a 600 equipos de computo instalados
	29	Implementar el plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones PETI	Sistemas de información	PETI implementado	No. Actividades ejecutadas del PETI/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(14/14)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Sin observaciones
	30	Implementar el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información	Sistemas de información	Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información implementado	No. Actividades ejecutadas del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(12/12)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Sin observaciones

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Disponer de información confiable para la asistencia y gestión del conocimiento	31	Implementar el plan de seguridad y privacidad de la información	Sistemas de información	Plan de seguridad y privacidad de la información implementado	No. Actividades ejecutadas del plan de seguridad y privacidad de la información /No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(16/16)*100=100\%$	100%	x		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Sin observaciones
	32	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 del ITA	No. actividades ejecutadas/No. actividades programadas para el periodo*100	≥90%	$(245/222)*100=91\%$	100%	x		Informe de seguimiento a la URL Pagina WEB institucional	De los 16 procesos obligados ante el ITA, 4 procesos: estadística, gestión documental, aseguramiento de la calidad y la oficina asesora jurídica, estuvieron por debajo del 90% en el cumplimiento de esta actividad
	33	Actualizar el Sistema Unico de Información y Trámites - SUIT	Subgerencia administrativa y financiera	SUIT actualizado	No. Actualizaciones realizadas al SUIT	1	$(1/1)*100=100\%$	1	x		Informe de actualización al SUIT	En la vigencia 2023, los formatos integrados seleccionados creados en la plataforma SUIT fueron: 1. Exámenes de laboratorio clínico 2. Certificados de paz y salvo Ya se encuentran inscritos o se encuentran pendientes de inscripción por parte del DAFP. Los trámites en línea del hospital se encuentran actualizados, de los cuales los usuarios pueden solicitar a través de la página web https://www.hospitalsan jose.gov.co/tramites estos son: - Certificado de Ingresos y Retenciones - Certificado de Retención de ICA - Certificado de Retención de IVA - Certificado de Retención en la Fuente - Cotización de servicios - Encuesta de satisfacción de servicio prestado - Historia clínica
	34	Implementar el plan institucional de archivos-PINAR	Coordinación gestión documental	PINAR implementado	No. Actividades ejecutadas del plan institucional de archivos-PINAR/No. Actividades	≥90%	$(20/25)*100=80\%$	80%		x	Informe de seguimiento a actividades realizadas	No se alcanzó la meta en las actividades relacionadas con: capacitación en Docunet web y en la tardanza para presentar la correcciones a las TRD

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META						EVIDENCIA
Garantizar rentabilidad, competitividad y sostenibilidad financiera	35	Establecer tarifas que permitan que los procesos de prestación de	Subgerencia científica	Procesos asistenciales mas competitivos	No. procesos asistenciales del hospital mas competitivos y	≥75%	$(17/50) \cdot 100 = 34\%$	45%		X		Informes de seguimiento a la implementación del plan de acción
	36	Implementar estrategias y actividades para lograr estandar propuesto año 2023 en el área de gestión administrativa y financiera del plan de gestión gerencial	Subgerencia administrativa y financiera	Estandares de la gestión administrativa y financiera cumplidos	No. indicadores de la Resolución 408 de 2018 que alcanzan meta propuesta para el año 2023, en el plan de gestión gerencial 2020-2024/No. indicadores de la Resolución 408 de 2018 del área administrativa y	≥90%	$(5/6) \cdot 100 = 83,3$	93%		X	Informe de seguimiento a plan de gestión resolución 408	De los 6 indicadores que aplican para el Hospital, solo no alcanzó la meta propuesta de >90%, el indicador de evolución del gasto, el cual finalizó en 96%

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Garantizar rentabilidad, competitividad y sostenibilidad financiera	37	Realizar el seguimiento y evaluación del informe generado por la herramienta de seguimiento y control financiero	Oficina asesora de planeación	Análisis financiero y presupuestal	No. Informes presentados al comité de gestión y desempeño del análisis de la herramienta de seguimiento y control financiero	2	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	La oficina asesora de planeación define que esta actividad no esta generando ningun impacto, ni es insumo para la toma de decisiones desde el punto de vista financiero del hospital. Los insumos los genera el seguimiento y evaluación de los indicadores
	38	Realizar seguimiento al plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas establecidas en el año 2022	Oficina asesora jurídica	Tasa de disminución de condenas y demandas	No. actividades cumplidas / No. actividades establecidas en el plan de mejoramiento *100	≥80%	S.D.	0%		X	Informe de seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en el plan	El área jurídica no entregó informe durante el año, así como tampoco en los años anteriores
	39	Actualizar y realizar el	Subgerencia administrativa	Cumplimiento del plan de	No. actividades cumplidas/ No.	≥80%	$(3/3)*100=100\%$	100%	X		* Documento	En el informe que se adjunta se presenta la ejecución de
	40	Realizar seguimiento a la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Oficina asesora de planeación	Cumplimiento del Plan anual de adquisiciones - PAA	Valor (\$) ejecutado en el periodo del PAA/ Valor (\$) programado del PAA para el periodo*100	≥90%	$(251951150042/290003117853)*100=87\%$	87%		X	Informe de seguimiento a la implementación del PAA	La oficina asesora de planeación estableció el formato para realizar el seguimiento a la ejecución del PAA, cuyo proceso encargado de diligenciarlo es la Oficina Jurídica con su subproceso de compras, en tal sentido se enviaron varios correos solicitando la información, sin recibir respuesta para realizar informe con el respectivo análisis

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Implementar un modelo de gestión por competencias y de bienestar para los colaboradores del HUSJ	41	Ejecutar las acciones definidas en los autodiagnosticos del Modelo Integrado de	Oficina asesora de planeación	Cumplimiento MIPG	No. actividades ejecutadas/No. actividades de MIPG para el periodo*100	≥73,2%	$(242/257)*100=94\%$	100%	X		Informe seguimiento MIPG	Los procesos que no alcanzaron la meta propuesta de 73,2% fueron: subgerencia administrativa y financiera (62,7%) y gestión documental (54,8%)
	42	Mantener el índice de los resultados del FURAG II	Oficina asesora de planeación	Sostenimiento o mejoramiento o calificación FURAG II	No. actividades ejecutadas/No. actividades propuestas en el plan de mejoramiento FURAG II*100	≥70%	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	Dado que el DAFP no remitió la observaciones y criterios a tener en cuenta para la formulación de los planes de mejora, se determina que esta actividad no aplicó para el periodo 2023
	43	Coordinar la formulación de mapas de riesgos institucionales	Oficina asesora de planeación	Mapas de riesgos con seguimiento	No. mapas de riesgos evaluados /No. mapas de riesgos programados a evaluar en el periodo*100	≥80%	$(70/72)*100=97,2\%$	100%	X		Mapa institucional de riesgos Informe de seguimiento a riesgos	Los procesos: central de esterilización y radiología e imágenes diagnósticas, no cumplieron con la matriz de riesgos
	44	Implementar y realizar seguimiento a las políticas y procedimientos subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude SICOF	Oficina asesora de planeación	SICOF implementado	No. Actividades implementadas en respuesta al SICOF/No. Actividades propuestas en las políticas y procedimientos del SICOF para el HUSJ de Popayán*100	≥80%	$(3/3)*100=100\%$	100%	X		Informes de seguimiento	Este componente esta compuesto por 3 actividades las cuales son: reunion con grupos de gestión del riesgo para revisar mapas de riesgos de corrupcio, socialización del mapa de riesgos de corrupción a cada lider de proceso y el seguimiento e implementación de la administración del riesgo de corrupción. No se evidenció la materialización de ningun riesgo
	45	Implementar el plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAYAC	Oficina asesora de planeación	Plan anticorrupción y atención al ciudadano implementado	No. Actividades ejecutadas del plan anticorrupción y atención al ciudadano-PAYAC /No. Actividades propuestas*100	≥80%	$(10/11)*100=91\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	No se realizó la actividad de mesas de trabajo con las áreas para identificar nuevos Trámites u OPAS (Otros Procedimientos Administrativos) sujetos a administrarse en el SUIT y su publicación en la página web. Actividad cargada a la subgerencia administrativa y financiera

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Implementar un modelo de gestión por competencias y de bienestar para los colaboradores del HUSJ	46	Realizar el seguimiento a la implementación de las actividades establecidas en cada política institucional	Oficina asesora de planeación	Seguimiento a políticas institucionales adoptadas	No. acciones implementadas en las políticas institucionales adoptadas/No. acciones propuestas*100	≥60%	$(239/246)*100=97\%$	100%	X		Informe seguimiento implementación de cada política adoptada por el	Todos los procesos estuvieron en cumplimiento superior a 60%. Gestión documental fue el proceso que alcanzó la menor implementación de las políticas, con el 80%
	47	Implementar el plan de previsión de recursos humanos	Talento Humano	Plan de previsión de recursos humanos implementado	No. Actividades ejecutadas del plan de previsión de recursos humanos/No.	≥90%	$(1/1)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Esta actividad se desarrollo actualizando el estudio de suficiencia de personal de la vigencia 2021.
	48	Implementar el plan anual de vacantes		Plan anual de vacantes implementado	No. Actividades ejecutadas del plan anual de vacantes/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(4/4)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Sin observaciones
	49	Implementar el plan estratégico de talento humano		Plan estratégico de talento humano implementado	No. Actividades ejecutadas del plan estratégico de talento humano/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(7/7)*100=100\%$	100%	x		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Solo se tiene a cargo una política. Resolución #0208 del 10 de abril de 2019 por la cual "se adopta la política de gestión del talento humano en el HUSJ ESE", cosa que se hace a través del Plan Estratégico de Talento Humano.

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Implementar un modelo de gestión por competencias y de bienestar para los colaboradores del HUSJ	50	Implementar el plan institucional de capacitación	Talento Humano	Plan institucional de capacitación implementado	No. Actividades ejecutadas del plan institucional de capacitación/No. Actividades	≥90%	$(90/111)*100=81,1\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	En la vigencia se obtuvo un avance en ejecución (81,08%) y cobertura (85,15%) por encima de la meta preestablecida
	51	Implementar el plan de incentivos institucionales		Plan de incentivos institucionales implementado	No. Actividades ejecutadas del plan de incentivos institucionales/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(21/21)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Sin observaciones
	52	Implementar el plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	Oficina seguridad y salud en el trabajo	Plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo evaluado	No. Actividades ejecutadas del plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo/No. Actividades propuestas*100	≥90%	$(45/45)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento a actividades realizadas	Se actualizó y ajustó el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Programa de Higiene y Seguridad y Medicina del Trabajo). El reporte de accidentes de trabajo y el seguimiento médico ocupacional al personal expuesto a radiaciones ionizantes

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Implementar un modelo de gestión por competencia y de bienestar para los colaboradores del HUSJ	53	Direccionar el proceso de evaluación del desempeño laboral	Talento Humano	Funcionarios con evaluación del desempeño	No. funcionarios con evaluación de desempeño realizada/ No. funcionarios a quienes se les debe aplicar evaluación del desempeño	≥90%	$(108/113)*100=96\%$	100%	X		Consolidado de evaluaciones del desempeño realizadas y acto administrativo de asignación de evaluación del desempeño	El consolidado de evaluaciones a diciembre de 2023 es el siguiente: - Empleados en Carrera Administrativa primer semestre 2023: 62 servidores públicos evaluados de 63 a evaluar, para un porcentaje de cumplimiento del 98,41%. Se encuentra pendiente de revisión una evaluación por reclamación ante el evaluador. - Empleados en Provisionalidad en toda la vigencia 2023: 46 servidores públicos evaluados de 50 a evaluar, para un porcentaje de cumplimiento del 92%. Los 4 no evaluados obedecen a que tienen periodos de licencia no remunerada e incapacidad médica.
	54	Formular y ejecutar el plan de bienestar social	Talento Humano	Cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de bienestar	No. actividades ejecutadas/No. actividades programadas*100	≥80%	$(21/21)*100=100\%$	100%	X		Informe de implementación del plan de bienestar social	Sin observaciones
	55	Realizar el estudio técnico para formular propuesta de rediseño institucional del HUSJ de Popayán	Talento Humano	Formalización laboral por un trabajo digno y en equidad	No. Documentos elaborados con fines de formalización laboral y rediseño institucional	1 estudio técnico para la formalización laboral y 1 propuesta de rediseño institucional en términos establecidos por el DAFP	S.D.	0%		X	Solicitud conjunta para presentación de propuesta de rediseño institucional	El estudio técnico se contratará en el primer trimestre del año 2024. Pese a que la oficina de talento humano manifiesta haber elaborado 5 documentos, no se logró obtenerlos para realizar seguimiento y verificación
	56	Implementar estrategias y actividades para cumplir con la ejecución del plan de desarrollo institucional - plan estratégico para el año 2023	Oficina asesora de planeación	Cumplimiento de plan de desarrollo institucional	No. Actividades implementadas del plan de desarrollo año 2023/No. Actividades propuestas *100	≥90%	$(20,5/22)*100=93,4\%$	100%	X		Informe de seguimiento a plan de desarrollo - plan estratégico	Las actividades incumplidas del plan de desarrollo estuvieron relacionadas con dos actividades del programa de gestión financiera eficiente a cargo de la subgerencia científica
	57	Apoyar en la formulación y realizar seguimiento a los planes de acción por procesos PAP 2023	Oficina asesora de planeación	Cumplimiento de planes de acción por procesos PAP 2023	No. Actividades implementadas en los PAP 2023/No. Actividades propuestas *100	≥80%	$(517/600)*100=86,2\%$	100%	X		Informe de seguimiento a los PAP	16 procesos evaluados con menos del 80% en sus PAP fueron: Central de esterilización, Prevención y control de infecciones, Programa de promoción y prevención de la salud, Quirúrgicas, traumatología, radiología e imágenes diagnósticas, rehabilitación y terapia, programa madre canguro, nutrición y dietética, Docencia servicio, Gestión documental, innovación e investigación, Lavandería, Administración y almacenamiento de la información, talento humano, Representación jurídica

OBJETIVO INSTITUCIONAL	No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	INDICADOR	FORMULA	META	APLICACIÓN FORMULA INDICADOR	META ALCANZADA	CUMPLIMIENTO		EVIDENCIA	OBSERVACIONES
									SI	NO		
Ser social y ambientalmente responsables	58	Ejecutar las acciones del programa de responsabilidad social 2023	Oficina asesora de planeación	Cumplimiento o ejecución programa de responsabilidad social	No. actividades ejecutadas del programa de responsabilidad social 2023/No. actividades programadas*100	≥90%	$(31/32)*100=97\%$	100%	X		Informe de implementación del programa de responsabilidad social	La actividad que se incumplió estuvo relacionada con el componente de academia, cuya actividad fue el fortalecimiento de las áreas académicas, de lo cual no se obtuvo informe al respecto
	59	Implementar acciones del programa hospital verde	Gestión ambiental	Programa hospital verde y saludable con seguimiento	No. actividades ejecutadas del programa hospital verde/No. actividades programadas*100	≥60%	$(6/6)*100=100\%$	100%	X		Informe de seguimiento	Sin observaciones
CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN PAI 2023								92,6%				