

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

	DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Ti de cumplimiento del plan de Acción de la Política de SEGURIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	% de cumplimiento del plan de Acción de la Política de SEGURIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Lograr el 80% de la ejecución del Plan de Acción de la Política de SEGURIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL	Jefe Planeación	Semestral	65.4	73.7	Si el resultado del autoevaluación observa un incremento con respecto al semestre inmediatamente anterior	EVALUACION DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		Si el resultado del autoevaluación observa un incremento con respecto al semestre inmediatamente anterior. Es importante anotar que el CDPF en la publicación de reguladores FURAG de 2022 indica que "Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencia anterior, ya que se realizaron cambios significativos a la programación de las políticas, desde los procesos de actualización de las unidades y director" en ese sentido para fines de la evaluación del Plan de Desarrollo 2023-2024 los datos a considerar son los ya evaluados con respecto de la vigencia 2021, ya para la vigencia 2023 se toma como línea de base
12	Reportes de informes a entes de HC (28 PDI)	Porcentaje de oportunidad en los reportes HC	Total de reportes registrados como obligatorios a HC reportados oportunamente / Total de reportes obligatorios de HC / 100	Lograr que 100% de los reportes sean enviados con la oportunidad debida	Deliberación Administrativa / Supervisión Ambiental	Trimestral	100%	100%	SGEP/ 2103, SA reportados dentro de los términos	Reportes de informes a entes de VC	Cumple	SGEP/ 2103, SA reportados dentro de los términos
13	Implementación del Sistema de Gestión de Riesgos HC	Porcentaje de Avance en el proyecto de implementación del SGRI	Número de actividades ejecutadas / Número de actividades programadas / 100	100%	Jefe Planeación	Semestral	50%	60%	El Proceso de estructuración del Sistema de Gestión de Riesgos está avanzando conforme a lo planeado, mientras se lleven a cabo las reuniones con la metodología aprobada (Plan) se continúa con la implementación de los riesgos distribuidos en la matriz para el año 2023.	Implementación del Sistema de Gestión de Riesgos HC	Cumple	El Proceso de estructuración del Sistema de Gestión de Riesgos está avanzando conforme a lo planeado, mientras se lleven a cabo las reuniones con la metodología aprobada (Plan) se continúa con la implementación de los riesgos distribuidos en la matriz para el año 2023.
14	Implementación de PAMEC mejor al 80%	Porcentaje de cumplimiento de PAMEC	Número de actividades preventivas y correctivas realizadas / Número de actividades preventivas y correctivas programadas / 100	Igual o mayor a 90%	Líder Calidad	Actual	> 90%	92%	Se cierra con un porcentaje de 92% superando la meta esperada.	Implementación de PAMEC mejor al 80%	Cumple	Se cierra con un porcentaje de 92% superando la meta esperada.
15	Continuar la certificación institucional en cumplimiento de la Ley 14001 2023 (PDI 23 PDI)	Porcentaje de autoevaluación obtenida en los estándares de ISO 14001:2015	Número de Estándares que cumplen / Número de estándares que la Norma ISO 14001:2015 contempla	40%	Líder Ambiental	Semestral	40%	40%	Se realizó el curso de formación como auditores internos en el curso de 14001 y ISO11, con enfoque en ciclo de vida, total 22 colaboradores, se realizó plan de trabajo ISO 14001 2023, y en la matriz de autoevaluación se obtuvo un 40% de avance.	40%	Cumple	Se realizó el curso de formación como auditores internos en el curso de 14001 y ISO11, con enfoque en ciclo de vida, total 22 colaboradores, se realizó plan de trabajo ISO 14001 2023, y en la matriz de autoevaluación se obtuvo un 40% de avance.
16	Adherencia del HCl a las metas internacionales en seguridad del paciente	Porcentaje de Adherencia a las metas internacionales en seguridad del paciente	Número de metas internacionales de seguridad del paciente que superan el 80% / Total de metas internacionales de seguridad del paciente evaluadas en el periodo / 100	adherencia mayor al 80%, por cada meta internacional de seguridad del paciente	Líder Seguridad del Paciente	Trimestral	>80%	92.7	Identificación a paciente con alerta 100%, Comunicación efectiva 94.2%, Mayor seguridad de medición 88.9%, Carga segura 98%, SIG 97.3, Prevención de caídas 87.3% y Lavarse por lavado 100%, El promedio de estos indicadores supera el 80% obteniendo un resultado de 92.7%.	Adherencia del HCl a las metas internacionales en seguridad del paciente	Cumple	Identificación a paciente con alerta 100%, Comunicación efectiva 94.2%, Mayor seguridad de medición 88.9%, Carga segura 98%, SIG 97.3, Prevención de caídas 87.3% y Lavarse por lavado 100%, El promedio de estos indicadores supera el 80% obteniendo un resultado de 92.7%.
17	Implementar en control y prevención de IAS	Porcentaje de Adherencia a la guía de uso racional de antibióticos	Número de Historias Clínicas con cumplimiento de criterios de adherencia a la guía de uso racional de antibióticos / Total de Historias que cumplen con la guía de uso racional de antibióticos evaluadas en el periodo	Adherencia a Guía de uso racional de antibióticos igual o mayor al 80%.	Líder SAS	Trimestral	85%	95.50%	Indicador cumplimiento, PROCA-Programa de uso racional de antibióticos.	Implementar en control y prevención de IAS	Cumple	Indicador cumplimiento, PROCA-Programa de uso racional de antibióticos.
18	Continuar la Certificación de la Estrategia IMH (2 PDI)	Porcentaje de avance en la matriz de auto-evaluación	Número de ítems de la matriz de autoevaluación cumplidos / Número de ítems de la matriz de autoevaluación establecidos a 100	Ejecución: > al 90% de las actividades de la matriz de autoevaluación de la estrategia institucionales, antes de la mejor y la última como enfoque integral IMH	Líder Calidad	Semestral	> 90%	99.90%	Puntaje para entidad certificada en Estrategia IMH	Continuar la Certificación de la Estrategia IMH (2 PDI)	Cumple	Puntaje para entidad certificada en Estrategia IMH: 99.90 Auditoría para certificación
19	Ejecución > al 90% de adherencia a la implementación de las metas de calidad e ICOT	Porcentaje de adherencia a la implementación de las metas de calidad e ICOT	Número de Historias que presentan adherencia a la Ruta, Número de Historias Clínicas Evaluadas / 100	Ejecución > al 90%	Líder Calidad	Semestral	95%	98%	Ruta cardiovascular 95.56% y la de cáncer 100%	Ejecución > al 90% de adherencia a la implementación de las metas de calidad e ICOT	Cumple	Ruta cardiovascular 95.56% y la de cáncer 100% para un 98% en promedio de cumplimiento
20	Adopción e implementación de 5 nuevas Guías de práctica Clínica a nivel institucional	Guías de práctica clínica implementadas	Número de Guías de Práctica Clínica identificadas como prioritarias implementadas en el HCl	5 Guías	Líder Calidad	Actual	100%	100%	En total se obtienen 23 guías incluidas en 2022 además perinatol, trastorno de ansiedad y depresión, recién nacido prematuro, trastorno esquizoifrenia y trastorno del sueño, cáncer, cardiopatía isquémica y trastorno del sueño, resaca	Adopción e implementación de 5 nuevas Guías de práctica Clínica a nivel institucional	Cumple	En total se obtienen 23 guías incluidas en 2022 además perinatol, trastorno de ansiedad y depresión, recién nacido prematuro, trastorno esquizoifrenia y trastorno del sueño, cáncer, cardiopatía isquémica y trastorno del sueño, resaca
21	Cumplimiento al 100% de las metas propuestas en los indicadores de la Resolución 408 de 2018	% de indicadores de la Resolución 408 de 2018 que cumplen la meta establecida en la Resolución	Número total de indicadores de la Resolución 408 de 2018 que cumplen la meta. Número total de indicadores evaluados en la Resolución de 2018	Lograr el cumplimiento de la meta de los indicadores de la Resolución 408 de 2018 al 100%	Líder Calidad	Semestral	100%	100%	"Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de rehospitalización, 100% "Cumplimiento de la resolución de la Resolución 408 de 2018 "Número de pacientes pediátricos con prescripción farmacológica de origen embotellado y verificación interna: 0% "Cumplimiento de la evidencia científica de pacientes con diagnóstico de agnosia de lenguaje de la Resolución 408 de 2018 "Número de pacientes pediátricos 100%	Cumplimiento al 100% de las metas propuestas en los indicadores de la Resolución 408 de 2018	Cumple	"Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de rehospitalización, 100% "Cumplimiento de la resolución de la Resolución 408 de 2018 "Número de pacientes pediátricos con prescripción farmacológica de origen embotellado y verificación interna: 0% "Cumplimiento de la evidencia científica de pacientes con diagnóstico de agnosia de lenguaje de la Resolución 408 de 2018 "Número de pacientes pediátricos 100%
22	Porcentaje de cumplimiento de estándares reconocidos de la norma SGGEST de 2018 en 90% SGGEST	Porcentaje de cumplimiento de actualización de estándares de SGGEST	Número de actividades realizadas / Número de actividades establecidas en la Resolución 3332 de 2013 / 100	Igual o mayor a 90%	Líder SST	Semestral	>90%	96%	El % de autoevaluación de estándares de la norma SGGEST se encuentra superando la meta en el 1 semestre de 2023.	Porcentaje de cumplimiento de estándares reconocidos de la norma SGGEST de 2018 en 90% SGGEST	Cumple	El % de autoevaluación de estándares de la norma SGGEST se encuentra superando la meta en el 1 semestre de 2023 (96%)
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Índice de desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Índice de desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	1. Mejorar el índice de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Líder Calidad	Actual	92	92	El resultado del Índice de Política se encuentra en 92.8 puntos, se mejoró el índice.	Mantener y/o Mejorar el desempeño de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Cumple	El resultado del Índice de Política se encuentra en 92.8 puntos, se mejoró el índice. Es importante anotar que el CDPF en la publicación de reguladores FURAG de 2022 indica que "Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencia anterior, ya que se realizaron cambios significativos a los programas de las políticas, desde los procesos de actualización de las unidades y director" en ese sentido para fines de la evaluación del Plan de Desarrollo 2023-2024 los datos a considerar son los ya evaluados con respecto de la vigencia 2021, ya para la vigencia 2023 se toma como línea de base
	% Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de Autoevaluación y/o Recomendaciones FURAG	% Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de Autoevaluación y/o Recomendaciones FURAG	% de cumplimiento del plan de Acción de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Lograr el 80% de la ejecución del Plan de Acción de la Política de FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y SIMPLIFICACIÓN DE PROCESOS	Líder Calidad	Semestral	90%	90%	El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2021, y el autoevaluación realizada en diciembre 2022 y junio 2023, los resultados son mejores según el índice obtenido, 90 puntos.	% Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de Autoevaluación y/o Recomendaciones FURAG	Cumple	El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2021, y el autoevaluación realizada en diciembre 2022 y junio 2023, los resultados son mejores según el índice obtenido, 90 puntos.
	Índice de desempeño institucional de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Índice de desempeño institucional de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Índice de desempeño institucional de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	1. Índice de desempeño institucional de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES según el último reporte FURAG emitido por CDPF	Líder Calidad	Actual	75	75	Se obtiene un índice de 18.9 el puntaje no ha podido mejoramiento debido a que estaba pendiente la actualización del número de PDI y PDI 2023 por CDPF. Según el nuevo resultado de la meta se va a mejorar el puntaje en la siguiente actualización del puntaje según la actualización de la meta, el nuevo resultado solamente sería la función de trabajo en la plataforma. Es importante anotar que el CDPF en la publicación de reguladores FURAG de 2022 indica que "Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencia anterior, ya que se realizaron cambios significativos a los programas de las políticas, desde los procesos de actualización de las unidades y director" en ese sentido para fines de la evaluación del Plan de Desarrollo 2023-2024 los datos a considerar son los ya evaluados con respecto de la vigencia 2021, ya para la vigencia 2023 se toma como línea de base	Índice de desempeño institucional de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Cumple	Se obtiene un índice de 18.9 el puntaje no ha podido mejoramiento debido a que estaba pendiente la actualización del número de PDI y PDI 2023 por CDPF. Según el nuevo resultado de la meta se va a mejorar el puntaje en la siguiente actualización del puntaje según la actualización de la meta, el nuevo resultado solamente sería la función de trabajo en la plataforma. Es importante anotar que el CDPF en la publicación de reguladores FURAG de 2022 indica que "Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones de vigencia anterior, ya que se realizaron cambios significativos a los programas de las políticas, desde los procesos de actualización de las unidades y director" en ese sentido para fines de la evaluación del Plan de Desarrollo 2023-2024 los datos a considerar son los ya evaluados con respecto de la vigencia 2021, ya para la vigencia 2023 se toma como línea de base
	Mantener y/o Mejorar el desempeño de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	% Cumplimiento de Plan de Trabajo generado de Autoevaluación y/o Recomendaciones FURAG	% de cumplimiento del plan de Acción de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Lograr el 80% de la ejecución del Plan de Acción de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Líder Calidad	Semestral	90%	90%	El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2022, presentando un avance del 50%, con respecto al autoevaluación fue actualizado con fecha junio de 2023, obteniendo un incremento en el 75 de 24.7% a 49.2%, Se requiere priorizar acciones de los planes involucrados para garantizar el cumplimiento de lo planeado.	Mantener y/o Mejorar el desempeño de la POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES	Cumple	El plan de acción está basado en las recomendaciones FURAG de 2022, presentando un avance del 50%, con respecto al autoevaluación fue actualizado con fecha junio de 2023, obteniendo un incremento en el 75 de 24.7% a 49.2%. Se requiere priorizar acciones de los planes involucrados para garantizar el cumplimiento de lo planeado.
23	Realizar diagnóstico de requisitos de ISO 45001 / 2018 (28 PDI)	Porcentaje de autoevaluación obtenida en los estándares de ISO 45001:2018 (28 PDI)	Número de Estándares que cumplen / Número de estándares que la Norma ISO 45001:2018 contempla	>40%	Líder SST	Semestral	>90%	96%	El % de autoevaluación de estándares de la norma SGGEST se encuentra superando la meta en junio de 2023 semestre de 2023.	Realizar diagnóstico de requisitos de ISO 45001 / 2018 (28 PDI)	Cumple	El % de autoevaluación de estándares de la norma SGGEST se encuentra superando la meta en junio de 2023 semestre de 2023.
26	Mejor la Huella Ambiental Carbono Cero (28PDI)	Ir más con la medición de la huella ambiental y del carbono	Ir más con la medición de la huella ambiental y del carbono	100%	Líder Gestión Ambiental	Semestral	100%	100%	Se inició medición de emisiones atmosféricas INCOMPLETAS, se realizó el inventario anual CORPORATIVO se tiene el concepto de pasaporte permisos. Informe entregado y concluido que los permisos se encuentran dentro de los permisos.	Mejor la Huella Ambiental Carbono Cero (28PDI)	Cumple	Se inició medición de emisiones atmosféricas INCOMPLETAS, se realizó el inventario anual CORPORATIVO se tiene el concepto de pasaporte permisos. Informe entregado y concluido que los permisos se encuentran dentro de los permisos.
27	Participar en eventos, huella + salud convocados de FENOSGE-Grupo de Investigación en Salud del HCl ante MINCIENCIAS (28 PDI)	Participación en Premios FENOSGE	Participar en premios FENOSGE	100%	Líder Gestión Ambiental	Semestral	N/A	N/A	La convocatoria FENOSGE, huella carbono de Miambiente no ha sido abierta en este periodo.	Participar en eventos, huella + salud convocados de FENOSGE-Grupo de Investigación en Salud del HCl ante MINCIENCIAS (28 PDI)	Cumple	La convocatoria FENOSGE, huella carbono de Miambiente no ha sido abierta en este periodo.

LABORATORIO	112	Medir la oportunidad del servicio de control de calidad, control de la aplicación de la demanda.	Oportunidad de Tama de Muestras	Numero de reusos transcurridos entre la solicitud de la prueba de laboratorio hasta la toma de muestra.	Reducir la oportunidad de toma de muestras a 60 minutos o menos.	Líder Laboratorio	Semestral	Mayor a 60 Minutos	93.12 Minutos	Se sigue cumpliendo la meta establecida, se obtiene 93.12 minutos de tiempo cumplido a con el estándar que es menor a 60 minutos	Mejorar la oportunidad del servicio de laboratorio: con medidas de aplicación de la demanda.	Cumple	Se sigue cumpliendo la meta establecida, se obtiene 93.12 minutos de tiempo cumplido a con el estándar que es menor a 60 minutos
	113	Implementar en un 100% el servicio de Patología de acuerdo a la normalidad vigente	Porcentaje de implementación y habilitación del Servicio de Patología	Numero de actividades ejecutadas del proyecto de Patología / Numero de actividades programadas x 100	Implementar en un 100% el servicio de Patología de acuerdo a la normalidad vigente	Líder Laboratorio	Semestral	100%	100%	Servicio de Patología Habilitado	Implementar en un 100% el servicio de Patología de acuerdo a la normalidad vigente.	Cumple	Servicio de Patología Habilitado
	114	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Oportunidad en las respuestas a PQRS asignadas al proceso por SGA	Numero de PQRS asignadas al proceso reportadas entre 3 a 5 días después de recibir la indicación / Total de PQRS asignadas para respuesta desde el Proceso de SGA	100%	Líder laboratorio	Trimestral	100%	100%	En este periodo se descongestionaron dos quejas las cuales fueron respondidas dentro de los términos que la entidad establece, para un porcentaje de 100%	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Cumple	En este periodo se descongestionaron dos quejas las cuales fueron respondidas dentro de los términos que la entidad establece, para un porcentaje de 100%
SERVICIO FARMACEUTICO	115	Certificación en BPR para control de reacciones (23 FOC)	Lugar la Certificación dos BPR en control de reacciones del FCL (23 FOC)	Certificación lograda	Lugar la Certificación dos BPR en control de reacciones del FCL	Líder Servicios Farmacéutico	Semestral	100%	90%	El avance del plan de trabajo se encuentra en un 90%, los estándares BPR se encuentran listos para solicitar la visita de RVOMA, se tiene contemplado pedirle solicitarla en un trimestre de 2024.	Certificación en BPR para control de reacciones (23 FOC)	No cumple	El avance del plan de trabajo se encuentra en un 90%, los estándares BPR se encuentran listos para solicitar la visita de RVOMA, se tiene contemplado pedirle solicitarla en un trimestre de 2024.
	116	Certificación RVOMA en BPM en Central de Gases medicinales (24 FOC)	Lugar la Certificación dos BPM en central de gases de FCL (24 FOC)	Certificación BPM lograda	Lugar la Certificación dos BPM en central de gases del FCL	Líder Servicios Farmacéutico	Semestral	100%	90%	La otra de infraestructura fue terminada a satisfacción se encuentra pendiente avanzar con el plan de trabajo de documentación, realizar autoinspecciones auditoría y solicitar la visita, se encuentra en un avance del 70%	Certificación RVOMA en BPM en Central de Gases medicinales (24 FOC)	No cumple	La otra de infraestructura fue terminada a satisfacción se encuentra pendiente avanzar con el plan de trabajo de documentación, realizar autoinspecciones auditoría y solicitar la visita, se encuentra en un avance del 70%
	117	Centralización de medicamentos (Modelo personalizadas de dispensación de medicamentos)	% de avance del plan de trabajo del trabajo para el proceso de preparación, administración y registro de medicamentos	No. De actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas * 100	100%	Líder Servicios Farmacéutico	Trimestral	100%	100%	No se incluye el servicio de Hospitalización General más Medicina interna, se tiene contemplado avanzar en los demás pilos, se incluye 7 carnes de gastroenterología y quirúrgicos, un resultado del 100%	Centralización de medicamentos (Modelo personalizadas de dispensación de medicamentos)	Cumple	Se incluye el servicio de Hospitalización General más Medicina interna, se tiene contemplado avanzar en los demás pilos, se incluye 7 carnes de gastroenterología y quirúrgicos, un resultado del 100%
	118	Centralización de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	% de avance en la centralización de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos del Servicio Farmacéutico	No. De actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas * 100	100%	Líder Servicios Farmacéutico	Trimestral	100%	90%	Clima entregado, está pendiente entrega de cómpo, elaboración de módulos para recepción de medicamentos, y adecuación de piso y ventiladores, seguridad debido a la ubicación en zona de riesgo de seguridad	Centralización de almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Cumple	Clima entregado, está pendiente entrega de cómpo, elaboración de módulos para recepción de medicamentos, y adecuación de piso y ventiladores, seguridad debido a la ubicación en zona de riesgo de seguridad
	119	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Oportunidad en las respuestas a PQRS asignadas al proceso por SGA	Numero de PQRS asignadas al proceso reportadas entre 3 a 5 días después de recibir la indicación / Total de PQRS asignadas para respuesta desde el Proceso de SGA	100%	Líder Farmacia	Trimestral	100%	100%	No se reportaron quejas en este periodo	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Cumple	No se reportaron quejas en este periodo
IMAGENOLOGIA	120	Refuerzo, remodelación y ampliación del servicio de imagenología infraestructura integrada (2 FOC)	1. Porcentaje de cumplimiento de elaboración de nuevas instalaciones	Numero de Actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas x 100	1. Lograr el 100% de la detección de problemas para el funcionamiento de nuevas instalaciones	Líder Imagenología	Semestral	100%	100%	Mediador se encuentra entregado en sus totalidad	Refuerzo, remodelación y ampliación del servicio de imagenología infraestructura integrada (2 FOC)	Cumple	Mediador se encuentra entregado en sus totalidad
			2. Porcentaje de nuevos programas y documentos (DS) elaborados y controlados en el SGC	Numero de documentos controlados / total de documentos identificados para operar las dos nuevas instalaciones de imagenología x 100	2. Lograr continuar el 100% de los documentos identificados como prioritarios para las nuevas áreas de imagenología operando desde el SGC	Líder Imagenología	Semestral	100%	100%	Se logró controlar la totalidad de los documentos DS inventariados para la operación de las nuevas instalaciones de imagenología			
			3. Porcentaje de conexión externa de equipos e integración de trabajo de médicos radiólogos con instalación de software de sistema PACS.	Numero de Actividades ejecutadas / Numero de actividades programadas x 100	3. Lograr que el 100% de equipos e integración de trabajo de imagenología se encuentren conectados y enlazados al software de sistema PACS.	Líder Imagenología	Semestral	100%	100%	Se conectará cuando esté funcionando se solicitó por escrito una certificación de los puntos de red para que sean funcionales con la llegada de los equipos se pueda poner en funcionamiento.			
	121	Continuar adaptación de PACS de Software de Imagenología 2024	% de avance en la Adaptación y puesta en marcha de operación de PACS y puesta en marcha de instalar los equipos	Numero de fases de adaptación, instalación e puesta ejecutadas / Numero de fases programadas	100% de integración de SDRCS con PACS con registros de TC	Líder Imagenología	Semestral	100%	9%	Integración de SDRCS con PAC de imagenología se encuentra programada para la vigencia siguiente 2024	Continuar adaptación de PACS de Software de Imagenología 2024	No cumple	Integración de SDRCS con PAC de imagenología se encuentra programada para la vigencia siguiente 2024
	122	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Oportunidad en las respuestas a PQRS asignadas al proceso por SGA	Numero de PQRS asignadas al proceso reportadas entre 3 a 5 días después de recibir la indicación / Total de PQRS asignadas para respuesta desde el Proceso de SGA	100%	Líder Imagenología	Trimestral	100%	100%	En el trimestre se reportaron dos quejas, de las cuales en su totalidad fueron respondidas dentro de los tiempos establecidos para llegar un 100% de oportunidad	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Cumple	En el trimestre se reportaron dos quejas, de las cuales en su totalidad fueron respondidas dentro de los tiempos establecidos para llegar un 100% de oportunidad
REHABILITACION	123	Apertura e implementación Rehabilitación Fisioterapéutica	Apertura e implementación de Rehabilitación Fisioterapéutica	Servicio Aperturado	Servicio aperturado para prestar servicio	Líder Rehabilitación	Actual	100%	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad	Apertura e implementación Rehabilitación Fisioterapéutica	Cumple	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad
	124	Apertura e implementación Fonoaudiología	Apertura e implementación de fonoaudiología	Servicio Aperturado	Servicio aperturado para prestar servicio	Líder Rehabilitación	Semestral	100%	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad	Apertura e implementación Fonoaudiología	Cumple	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad
	125	Apertura e implementación Terapia ocupacional	Apertura e implementación de Terapia ocupacional	Servicio Aperturado	Servicio aperturado para prestar servicio	Líder Rehabilitación	Semestral	100%	100%	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad	Apertura e implementación Terapia ocupacional	Cumple	El 01 de noviembre se habilitó el servicio y se está prestando la atención con normalidad
	126	Adopción de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia	Numero de guías de práctica clínica basadas en evidencia adoptadas en el servicio de rehabilitación.	Numero de guías de práctica clínica basadas en evidencia adoptadas en el servicio de rehabilitación.	% Guías adoptadas	Líder Rehabilitación	Semestral	100%	100%	El resultado de evaluación de adherencia a guías, reportó un valor de 90%, con la meta superior al 90% se cumple con la actividad.	Adopción de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia	Cumple	El resultado de evaluación de adherencia a guías, reportó un valor de 90%, con la meta superior al 90% se cumple con la actividad.
	127	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Oportunidad en las respuestas a PQRS asignadas al proceso por SGA	Numero de PQRS asignadas al proceso reportadas entre 3 a 5 días después de recibir la indicación / Total de PQRS asignadas para respuesta desde el Proceso de SGA	100%	Líder Rehabilitación	Trimestral	100%	100%	En este trimestre no se presentaron quejas en el servicio.	Responder con oportunidad las PQRS asignadas al Proceso reportadas por Atención al Usuario	Cumple	En este trimestre no se presentaron quejas en el servicio.