	PLAN OPERATIVO 2026	Seguimiento plan operativo anual	Página:	1 de 1
	SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA		Código:	GI-FR-12
			Fecha:	01/01/2026
			Versión:	Segunda

No.	LÍNEA ESTRATÉGICA, GESTIÓN DEL RIESGO, OBJETIVO DEL PROCESO O HALLAZGO A IMPACTAR	PROBLEMAS IDENTIFICADO Y/O CAUSA QUE LO ESPERA	ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DE LA ACTIVIDAD	METAS DE LA ACTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN (O LA REQUIRE)	COSTO ESTIMADO	PROGRAMACIÓN					SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE					SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE					SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE					SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE					CONSOLIDADO DE LA VIGENCIA		
									1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	RESPONSABLE	FECHA	% AVANCE	% PENDIENTE	COSTO DEL TRIMESTRE	OBSERVACIÓN	FECHA	% AVANCE	% PENDIENTE	COSTO DEL TRIMESTRE	OBSERVACIÓN	FECHA	% AVANCE	% PENDIENTE	COSTO DEL TRIMESTRE	OBSERVACIÓN	FECHA	% AVANCE	% PENDIENTE	COSTO DEL TRIMESTRE	OBSERVACIÓN	AVANCE TOTAL	COSTO TOTAL	OBSERVACIÓN
1	Atención en Salud	No se garantiza oportunamente la contratación de servicios, insumos, medicamentos y equipos necesarios para la adecuada prestación de servicios	Diseñar de manera oportuna lo solicitud de servicios, insumos, medicamentos y equipos necesarios para la adecuada prestación de servicios	Total de contratos realizados de acuerdo con los necesidades presentadas	Total de contratos realizados oportunamente / Total de necesidades presentadas para garantizar la prestación de los servicios *100	98%	La prestación de los servicios de salud, se deben prestar con oportunidad, calidad y continuidad	$ 1.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica - líderes de procesos																		0%	-	
2	Atención en Salud	Poco seguimiento bajo la modalidad actual de auditorías a las historias clínicas, solo se auditan HTA, DM y CTG. No se garantiza la diferencia a guías de manejo y actualización	Diseñar mecanismo para que se puedan auditar las historias clínicas de los programas, guías de práctica clínica y pertinencia institucional de la ISB	Total de programas auditados por pares en la institución	Total de programas auditados por pares en la institución / Total de programas atendidos en el hospital	90%	En de obligatorio cumplimiento realizar auditorías a las historias clínicas para identificar oportunidades de mejora y propender por la generación de planes de acciones para hacer las correcciones que [illegible]	$ 10.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica - líderes de procesos - Equipo auditor																		0%	-	
3	Atención en Salud	Bajo adherencia en el uso de elementos de protección personal por parte del personal de urgencias y hospitalización	Garantizar que el área de Cuidado realicen los rondas de seguridad y las fichas de chequeo en los servicios de urgencias y hospitalización para garantizar el uso adecuado de EPP	Rondas realizadas	Número de personas que usan adecuadamente EPP / número de personas que atienden en servicio de urgencias y hospitalización * 100	90%	Todo el personal asistencial debe portar y usar adecuadamente su EPP	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - cuidado - seguridad y salud en trabajo																		0%	-	
4	Atención en Salud	No se evidencian acciones oportunas en la gestión de incidentes y eventos adversos	Realizar la correcta identificación de los pacientes. Realizar rondas de seguridad en todos los procesos asistenciales (hospitalización, urgencias, laboratorio clínico , odontología y consulta externa)	Rondas de seguridad realizadas	Número de rondas de seguridad realizadas / Número de rondas de seguridad programadas * 100	100%	La seguridad del paciente es uno de los pilares prioritarios a trabajar en el hospital de acuerdo con la resolución 3100	$ 2.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica - cuidado - líderes de los servicios																		0%	-	
5	Atención en Salud	No se garantiza el cumplimiento de los indicadores de las resoluciones 202 y 2082	Realizar seguimiento a los jefes y médicos de los diferentes servicios para garantizar el cumplimiento de los indicadores. Realizar seguimiento y generar planes de mejora para garantizar el cumplimiento de los indicadores	Seguimientos realizados	Total de reuniones de seguimiento realizadas / Total de reuniones programadas * 100	100%	El cumplimiento de indicadores garantiza que los IAPB no realicen descuentos por incumplimientos	$ 3.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica - líderes de los servicios de consulta externa																		0%	-	
6	Gestión de la Calidad	Falta de programación y retroalimentación de los hallazgos de la autoevaluación resolución 3100	Realizar autoevaluación de la resolución 3100 como parte del autodiagnóstico de la IBB	Actualizaciones realizadas	Número de actualizaciones realizadas / Número de actualizaciones de autoevaluación * 100	100%	La autoevaluación garantiza la verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el manual de Prestadores y de Habilitación de Servicios de acuerdo con la resolución 256, de hace que se mantenga la calidad de los servicios, los cuidadores sobre las direcciones	$ 800.000.00	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	Subdirección científica																		0%	-	
7	Gestión de la Calidad	Poco efectividad en el modelo para quejas quejas mostrarlas a los prestadores sobre la satisfacción	Realizar encuesta de satisfacción diaria bajo la metodología de muestreo y la IBB demanda en la IBB, bajo la nueva estructura digital	Aplicación de las encuestas de satisfacción	Número de encuestas realizadas / Número de encuestas de satisfacción global por encuesta	90%	Todo el personal asistencial debe portar y usar adecuadamente su EPP	$ 800.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica																		0%	-	
8	Gestión de la Calidad	No se evidencian mecanismos para hacer seguimiento oportuno a los indicadores de calidad, efectividad, resolutividad, seguridad y satisfacción del usuario, oportunidad, accesibilidad. Poca socialización acerca de los diferentes indicadores de calidad y [illegible]	Institucionalizar el comité de calidad, como mínimo de socialización de los diferentes indicadores para generar en conjunto planes de mejora	Comité funcionar	Número de comités realizados / Número de comités programados * 100	100%	Los comités constituyen herramientas necesarias para la socialización de resultados y la generación oportuna de planes de mejora	$ 4.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica																		0%	-	
9	Gestión de la Calidad	No existe un mecanismo para hacer seguimiento a la presentación oportuna de informes	Presentar informes mensuales y trimestrales de que tratan las resoluciones 1552 (oportunidad), 256 (calidad). Presentar informes trimestrales de 2793 (producción-calidad). Cargar oportunamente indicadores PAMEC Circular 012. Presentar indicadores de gestion Gerencial (plan de Gestion anual)	Cuadro de programación y cumplimiento en la presentación de informes presentados según frecuencia de reporte	Número de informes presentados/ numero de informes exigidos/ *100	100%	La presentación oportuna de informes garantiza el cumplimiento normativo y la mantención de la calidad en la ejecución de entes de control	$ 1.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica																		0%	-	
10	Gestión de la Calidad	NO se garantiza la oportunidad en los tiempos establecidos en la resolución 1552 para la asignación de citas	Generar acciones para garantizar la oportunidad en la asignación de citas. Realizar seguimiento a procesos priorizando porque todos los médicos de consulta externa, además de los programas puedan atender pacientes en ausentismo mediante el mecanismo de citas extra. Generar acciones para que mejoren los tiempos en las asignaciones de citas de los programas de consulta externa. Generar acciones para que los usuarios reciben oportunamente en el triage de urgencias	Efectividad de agendas	Total de horas efectivas de agendas de médicos y odontólogos / total de horas disponibles por medicos y odontologos en el mes *100	90 % (dos puntos porcentuales de citas en medicina general y odontologia) de los tiempos establecidos	garantizar la oportunidad en los tiempos de atención mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios	$ 1.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	Subdirección científica																		0%	-	
11	LÍNEA ESTRATÉGICA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No se evidencia el cumplimiento de los cursos obligatorios en el personal asistencial	Hacer seguimiento e informar a administración sobre aquellos personas del grupo asistencial que no cuentan con los cursos obligatorios de que trata las resoluciones 3280 y 3100	Cumplimiento de cursos obligatorios del personal asistencial	Total de personas que tienen todos los cursos obligatorios / Total de personas que prestan su servicio en el área asistencial	100%	Garantizar que el talento humano tenga sus cursos actualizados minimizar la ocurrencia de eventos adversos a usuarios, adherencia a guías	$ 2.000.000.00	24.0%	26.0%	24.0%	26.0%	subdirección científica - subdirección administrativa																		0%	-	
12	LÍNEA ESTRATÉGICA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No existe un proceso de inducción y reinducción institucional	Realizar una jornada de reinducción institucional	Jornada realizada	Jornada realizada / jornada programa *100	100%	Promover la integración al contexto y dinámica organizacional, fortalecimiento de sentido de pertenencia e identidad institucional para el buen desempeño del cargo a cargo	$ 2.000.000.00	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	subdirección científica - subdirección administrativa																		0%	-	
13	LÍNEA ESTRATÉGICA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	No se cuenta con un plan de capacitaciones enfocado en el personal asistencial	Diversificar y hacer seguimiento al plan de capacitaciones propiciando el área asistencial	Plan de capacitaciones	Total de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas *100	90%	Las capacitaciones al personal garantizan la adherencia a guías y protocolos que se establezcan en el hospital	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - cuidado - líderes de procesos																		0%	-	
14	LÍNEA ESTRATÉGICA GESTIÓN FINANCIERA	No se evidencia mecanismo para lograr la oportunidad del gasto	Procurar por garantizar los agendas completas en los servicios de consulta externa, garantizar el uso de los servicios de ambulancias, controlar el consumo de insumos y medicamentos, garantizar que en las agendas no cumplidas se optimice el tiempo para el seguimiento de usuarios, se realice demanda inducida efectiva y se auditen facturas	Acciones realizadas	Total de acciones ejecutadas / total de acciones programadas * 100	90%	Ante la actual crisis en el sistema de salud, cualquier mecanismo para optimizar el recurso humano ayuda a generar acciones de oportunidad en el gasto	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica y jefes de procesos																		0%	-	
15	Líneas estratégicas gestión de la información	No se cuenta con mecanismos establecidos para el seguimiento que permitan mejorar la calidad del dato presentado a entes de control	Generar habas de trabajo que permita gestionar la información y presentarla de manera entendible para los usuarios	Habas de trabajo realizada	Total procesos con seguimiento y cruce de información con habas de trabajo / Total	100%	La calidad del dato debe ser una proceso institucional que garantice la transparencia en la información electrónica	$ 2.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - esferas y jefes de procesos																		0%	-	
16	Indicador de Gestión	Desinformar la implementación del PAMEC en la IB Hospital San José de Belén de Umbría	Realización de la autoevaluación de la IBB, basado en los estándares de acreditación	Calificación de la autoevaluación	Autoevaluación realizada	100%	La autoevaluación es una herramienta de la atención en salud, con el fin de disminuir la generación de eventos	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - líderes de procesos - equipo PAMEC																		0%	-	
17	Indicador de Gestión	Desinformar la implementación del PAMEC en la IB Hospital San José de Belén de Umbría	Selección y priorización de procesos	Documento de selección y priorización	Total indicadores priorizados / Total de indicadores cuantitativos de autoevaluación * 100	30%	La priorización debe ser acorde a los procesos que impactan la calidad en la atención	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - líderes de procesos y grupo de trabajo - delegado al PAMEC																		0%	-	
18	Indicador de Gestión	Desinformar la implementación del PAMEC en la IB Hospital San José de Belén de Umbría	generar los planes de mejora según oportunidades priorizadas en el PAMEC	Planes de mejora	Número de planes de mejora priorizados / número de oportunidades intervenidas	90%	Su objetivo es validar el cumplimiento de los estándares de acreditación propuestos	$ 2.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - líderes de procesos - delegado al PAMEC																		0%	-	
19	Indicador de Gestión	Desinformar la implementación del PAMEC en la IB Hospital San José de Belén de Umbría	Desarrollo de las auditorías internas (planeación, lista de chequeo, auditoría, informe final, planes de mejora)	Documentos soportes del desarrollo de las auditorías	Número de auditorías realizadas / número de auditorías programadas	90%	Las auditorías internas son el pilar de la mejora continua	$ 2.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - grupo de trabajo - delegado al PAMEC																		0%	-	
20	Indicador de Gestión	Desinformar la implementación del PAMEC en la IB Hospital San José de Belén de Umbría	Fortalecer los aprendizajes institucionales y garantizar la mejora continua de los procesos	Cierre PAMEC de la vigencia	Total de aprendizajes institucionales en el periodo / procesos priorizados *100	90%	Todo plan de auditorías o plan de mejora debe evidenciar que se cierra aprendizaje organizacional y que sea [illegible]	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica - grupo de trabajo - delegado al PAMEC																		0%	-	
21	Indicador de Gestión	No se hace seguimiento oportuno a los planes de mejoras, PCM y mapa de riesgos	Realizar seguimiento oportuno a planes de mejoras, PCM y mapa de riesgos	Seguimientos realizados	Total de planes con seguimientos / total de planes establecidos *100	90%	El fin de los procesos institucionales, debe no solo de la ejecución de planes, sino también en garantizar su seguimiento	$ 1.000.000.00	24%	24%	26%	26%	Subdirección científica																		0%	-	

Avance periodo:	0%	Avance periodo:	0%	Avance periodo:	0%	Avance periodo:	0%
Avance total:	0%	Avance total:	0%	Avance total:	0%	Avance total:	0%

Cumplimiento total: 0%