

**ACUERDO No 257**  
(enero 24 de 2023)

**“Por medio del cual se aprueba el Plan de Acción 2023”**

**LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

En ejercicio de sus facultades legales y estatutarias, y especialmente las que le confiere el Decreto 1876 de 1994 y el Decreto Municipal 883 de 2015

**CONSIDERANDO**

Que el Decreto 1876 de 1994, en su artículo 11, numeral 3, y el Decreto 883 de 2015, en su artículo 245 numeral 3, tienen establecido como función de las Juntas Directivas, aprobar los planes operativos anuales.

Que la Ley 1474 de 2011. ARTÍCULO 74. *Plan de acción de las entidades públicas.* “A partir de la vigencia de la presente ley, 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”

Que Mediante Acuerdo de Junta Directiva 251 del 3 de noviembre de 2022, se aprueba en primera instancia el presupuesto de ingresos y gastos 2023 del Hospital General de Medellín.

Que mediante Acuerdo de Junta Directiva 254 de diciembre de 2022, se aprobó el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2023.

Que el Plan de Desarrollo 2020-2023 del Hospital General de Medellín, fue aprobado por Acuerdo de Junta Directiva mediante Acuerdo 221 de marzo 17 de 2021.

Que el mencionado Plan de Desarrollo 2020-2023 del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE, se realiza dentro del marco estratégico, los objetivos, programas y proyectos formulados en el Plan Estratégico 2016 – 2027 aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo No 141 del 14 de abril de 2016 y se articula con los planes de desarrollo nacional, departamental y municipal.

Que de establecen en el objetivo estratégico 8 “Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud

humanizados y seguros” se encuentran los proyectos de inversión por un valor de \$ 56.409.194.000

|                          |   |                       |
|--------------------------|---|-----------------------|
| 2.3                      | <b>INVERSIÓN</b>  | <b>56.409.194.000</b> |
| 2.3.2                    | <b>Adquisición de Bienes y Servicios</b>                          | <b>56.409.194.000</b> |
| 2.3.2.01                 | <b>Adquisición de activos no financieros</b>                      | <b>47.659.194.000</b> |
| 2.3.2.01.01              | <b>Activos Fijos</b>  | <b>47.659.194.000</b> |
| 2.3.2.01.01.001          | Edificaciones y estructuras                                       | 32.610.000.000        |
| 2.3.2.01.01.003.06       | Aparatos Médicos Instrumentos y de Precisión<br>Relojes           | 11.109.700.000        |
| 2.3.2.01.01.003.06.01    | Aparatos Médicos y Quirúrgicos Aparatos<br>Ortesicos y Protésicos | 11.109.700.000        |
| 2.3.2.01.01.005.02.03    | Programas de Informáticas y Bases de Datos                        | 8.750.000.000         |
| 2.3.2.01.01.005.02.03.01 | Programas de Informática  | 8.750.000.000         |
| 2.3.2.01.01.005.02.03.99 | Vigencias Anteriores  | 3.939.494.000         |

Fuente: Acuerdo Junta Directiva 251 de 2022

Que el Plan de Acción 2023, hace parte integral de las Acta de junta directiva N°174 del 24 de enero 2023.

Que, el Plan de Acción 2023, se define en cinco (5) líneas estratégicas, ocho (8) Objetivos Estratégicos, nueve (9) programas y treinta y tres (33) proyectos.

En comparación con el 2022 se creó un proyecto nuevo en el objetivo estratégico 7 se adiciona el proyecto 7.6 “Fortalecimiento del centro de ensayos”, que se encontraba implícito en el proyecto 7.1. Centro de investigación y desarrollo tecnológico el cual queda con el nombre de “Fortalecimiento de la investigación y gestión del conocimiento”.

Que de igual manera el plan de acción es de carácter operativo y deben garantizar la ejecución de los treinta y nueve (39) procesos que tiene la organización desde lo estratégico, misional de apoyo y evaluación y su mejoramiento continuo.

Que el plan de acción debe ser formulado, ajustado y evaluado de acuerdo a las dinámicas que lo exijan, de acuerdo con el procedimiento formulación de planes, programas y proyectos con sus instructivos y formatos.

Que, en mérito de lo expuesto, los miembros de esta Junta Directiva;



Alcaldía de Medellín

## ACUERDAN

**ARTÍCULO PRIMERO:** Aprobar el Plan de Acción del Hospital General de Medellín para la vigencia 2023, presentadas por la Gerencia del Hospital en la sesión del día 24 de enero de 2023.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Avanzar en el cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo del Hospital General de Medellín 2020-2023 y del Plan Estratégico 2016-2027.

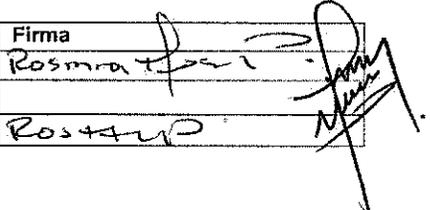
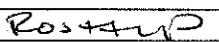
**ARTICULO TERCERO:** El presente Acuerdo cuenta con los siguientes anexos: Documento de formulación realizada conjuntamente con los responsables de proyectos, asistencia en la formulación y presentación.

**ARTICULO CUARTO:** El presente Acuerdo, rige a partir de la fecha de su expedición.

Dado en Medellín, a los veinticuatro (24) días del mes de enero del año dos mil veintitrés (2023)

  
**LEIDY JIMÉNEZ ECHAVARRIA**  
Presidente

  
**LUISA FERNANDA CORREA MARIN**  
Secretario Ad – Hoc

| Actuación | Nombres y Apellidos         | Cargo                        | Firma   |
|-----------|-----------------------------|------------------------------|---|
| Elaboró   | Rosmira Mosquera Padilla    | Jefe de Calidad y Planeación |  |
| Revisó    | Luisa Fernanda Correa Marín | Jefe Oficina Jurídica        |   |
| Aprobó    | Rosmira Mosquera Padilla    | Jefe de Calidad y Planeación |  |

100

1000

1000

1000

1000

1000

## PLAN DE ACCIÓN 2023 Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez"

### Aprobado el 24 de enero de 2023 por la Junta Directiva

**Objetivo Estratégico 1:** Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.  
**Programa Estratégico:** Atención centrada en el usuario y su familia

| Proyecto   | Actividad   | Productos /Entregable  | Meta   | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Responsable   |
|--|---|--|--|------------------------|-----------------------|---|
| 1.1. Modelo de gestión basado en el flujo del paciente | 1. Diseñar e implementar el plan de mejoramiento a los indicadores del Modelo de Atención por fuera de meta | Documento en Excel con cronograma de implementación.<br>Informe de avance de la implementación.  | 1<br>Porcentaje de implementación del plan de mejoramiento del modelo de atención: > 90  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial                             |
|  | 2. Normalizar la caracterización de los procesos asistenciales, garantizando el respectivo despliegue       | Caracterizaciones de procesos asistenciales actualizadas y cargadas en el mapa de procesos.<br>Evidencias de socialización de la actualización que incluye normatividad, riesgos e indicadores | 9 caracterizaciones de procesos actualizadas y cargadas en el mapa de procesos<br>Mecanismos de socialización por proceso (9) asistencia | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial<br>Directores asistenciales |
|  | 3. Consolidar los aportes al modelo de atención desde el proceso de atención de enfermería                  | Adherencia a instructivos de enfermería por apropiación del conocimiento.  | Porcentaje de cumplimiento del plan de tutorías para el personal de Enfermería: > 90%<br>Proporción de instructivos de Enfermería con    | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial                             |

|  |  |  |  |            |            |  |   |
|--|--|--|--|------------|------------|--|---|
|  |  |  |  |            |            |  | Coordinación de Enfermería                          |
|  | 4. Implementar el programa de terapia Intravenosa  | Enfoque con línea base<br>Presentación e implementación (socialización a los ejecutores)                                 | Documentos normalizados en el 100%<br>1 Cronograma del plan de trabajo<br>Porcentaje de implementación del programa                      | 01/01/2023 | 31/12/2023 |  | Coordinación de Enfermería                          |
|  | 5. Fortalecer la gestión de enfermería por llamado (oportunidad en la atención al llamado) | Software definido en la institución x servicio y global  | Promedio de respuesta la llamado >4  | 01/01/2023 | 31/12/2023 |  | Coordinación de Enfermería                          |
|  | 6. Evaluar de efectividad de la gestión del flujo del paciente                             | Matriz de evaluación de la central de monitoreo del flujo de paciente.<br>Auditoría a la gestión del flujo del paciente. | Resultado de la matriz con resultado de medición >80%.<br>Auditoría a la ejecución de acciones de mejoramiento: 1 auditoría al semestre. | 01/01/2023 | 31/12/2023 |  | Subgerencia Asistencial<br>Directores asistenciales |

|  |  |   |  |            |            |  |
|--|--|---|--|------------|------------|--|
| 7. Implementar el programa de educación al paciente y su familia | Modelo pedagógico con enfoque diferencial  | Paquetes Instruccionales en el plan de implementación.<br>Implementación del plan de trabajo. | 1<br>1 cronograma  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Coordinación de Enfermería                              |
| 8. Implementar el programa de centro de simulación               | Metodología para la implementación del centro de simulación<br>Modelo pedagógico | Plan de implementación por fases  | 1 documento aprobado en CTC.<br>1  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia asistencial<br>Coordinación de Enfermería<br>Programa higiene de manos |
| 9. Fortalecer Programa de dolor                                  | Plan de acción del programa de dolor y cuidados paliativos                       | Implementación de intervencionismo para el dolor agudo y crónico                              | Porcentaje de implementación del plan de acción del programa: 100%<br>Pacientes atendidos en intervencionismo del dolor, de acuerdo con la demanda (cobertura) | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Directores asistenciales                                |
| 10. Implementar el comité de bioética                            | Comité normalizado y operando con plan de trabajo para la anualidad.             | Plan de trabajo comité  |  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial  |

|                                |   |   |   |            |            |                            |
|--------------------------------|---|---|---|------------|------------|----------------------------|
| 1.2. Estructura Organizacional | <p>1. Contratar proveedor para realizar los estudios legal y financiero.</p> <p>2. Elaborar el estudio legal del Rediseño Institucional acorde a los elementos del DAFP.</p> <p>3. Elaborar el estudio Financiero del Rediseño Institucional acorde a los elementos del DAFP.</p> <p>4. Aprobar implementación del rediseño institucional</p> | <p>Contrato adjudicado</p> <p>Estudio jurídico</p> <p>Estudio financiero</p> <p>Aprobación Junta Directiva.</p> <p>Socialización de resultados a la comunidad hospitalaria y partes interesadas</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>Acuerdo aprobación</p> <p>Acta de socialización</p>   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Administrativa |
| 1.3. Telesalud                 | <p>1. Diseñar e implementar otras modalidades de Telesalud</p> <p>2. Fortalecer el soporte a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones</p>   | <p>Plan de trabajo padrino Telesalud en red</p> <p>Cronograma de implementación</p>   | <p>Porcentaje de cumplimiento del cronograma</p> <p>Población beneficiada sobre población objeto</p> <p>Implementación del plan de trabajo &gt;90%</p> <p>Oportunidad en la asignación de consulta por Telemedicina (de acuerdo con la especialidad: misma oportunidad de la atención presencial)</p> | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Director de Ambulatorios.  |

|  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
|  |  |  |  | Satisfacción del usuario en los servicios de Telemedicina |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

**Objetivo Estratégico 2:** Fortalecer la integralidad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, articulándolos en redes integradas de atención y dirigidas a implementar programas de práctica clínica.

**Programa Estratégico:** Programas de práctica clínica

| Proyectos                                   | Actividades  | Productos / Entregable de la actividad  | Meta (Cantidad a lograr en el año)   | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable |
|---|--|---|--|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 2.1. Atención del cuidado materno-perinatal | 1. Fortalecer la implementación y evaluación la RIA materno-perinatal.                                       | Documento en Excel con cronograma de implementación.  | Porcentaje de implementación del plan de trabajo >90%  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección de Clínicas Quirúrgicas |
|   | 2. Estabilizar e implementar de Software de retardo en el crecimiento Intrauterino                           | Informe de avance en la fase de la implementación   | Software operando en su totalidad  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección de Clínicas Quirúrgicas |
|   | 3. Avanzar en la implementación de interoperabilidad del CLAP con la red. (sujeto a la planeación de la SSM) | Plan de implementación del proyecto de interoperabilidad del CLAP (Reuniones de la red SSM, Metrosalud) | Porcentaje de cumplimiento del plan de implementación. Meta de acuerdo al avance de las reuniones de la red. | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección de Clínicas Quirúrgicas |

|  |   |  |  |            |            |                                   |
|--|---|--|--|------------|------------|-----------------------------------|
|  | 4. Implementar las acciones que den cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019   | Plan de intervención derivado de la autoevaluación de habilitación. Res 3100 de 2019.<br>Adecuar infraestructura   | Porcentaje de implementación del plan intervención al 100%   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección de Clínicas Quirúrgicas |
|  | 5. Implementar el centro de excelencia con la OES en las fases convenidas   | Contratación de asesoría con la Organización para la excelencia en salud OES.<br>Implementación del centro de excelencia<br>Autoevaluación para certificar la guía de práctica clínica | Porcentaje de implementación del Plan de trabajo de >90%   | 1          | 01/01/2023 | 31/12/2023                        |
| 2.2. Fortalecimiento de la atención en unidades de cuidados intensivos de alta complejidad | 6. Seguimiento al Programa de salud mental materno-perinatal se amplia el alcance de intervención                     | Plan de trabajo del programa para la vigencia<br>Adherencia a las guías sicoeducativas   | Porcentaje de implementación del programa >80%   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección de Clínicas Quirúrgicas |
|  | 1. Implementar un modelo de atención en unidades de cuidado crítico del adulto, articulado con el modelo de atención. | Documento formulado<br>Documento en Excel con cronograma de implementación.<br>Matriz de medición con análisis.  | 1 documento modelo de atención.<br>Porcentaje de implementación del modelo de atención en Unidad de cuidado crítico.<br>>90% |            | 01/01/2023 | 31/12/2023                        |
|  | 2. Implementar las acciones que den cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019   | Documento en Excel con cronograma de implementación  | Porcentaje de implementación del plan intervención al 100%   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Hospitalización         |

|  |  |  |  |            |            |  |
|--|--|--|--|------------|------------|--|
| 2.3. Atención de Enfermedades Cardiovasculares de alta complejidad | 1. Diseñar e implementar un modelo de atención de enfermedades cardiovasculares de alta complejidad, articulado con el modelo de atención.   | Documento formulado  | 1 documento modelo de atención de enfermedades Cardiovasculares  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección ayudas diagnósticas y terapéutica      |
|  | 2. Implementar las acciones que dan cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019  | Documento en Excel con cronograma de implementación  | Porcentaje de implementación del plan al 100%                    | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección ayudas diagnósticas y terapéutica      |
|  | 3. Fortalecer del portafolio de servicios  | Portafolio actualizado (Incluir unidad de función pulmonar)                                | 1  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección ayudas diagnósticas y terapéutica      |
|  | 4. Desarrollar estrategias de apropiación del conocimiento para la toma de decisiones (coraxón IPS)  | Análisis de datos, staff y evaluación de complicaciones                                    | Acciones ejecutadas/ acciones Planteadas (desde el mejoramiento) | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección ayudas diagnósticas y terapéutica      |
| 2.4. Unidad para la atención de Oncología Integral                 | 1. Implementar las acciones que dan cumplimiento a la Resolución 3100 de 2019  | Documento en Excel con cronograma de implementación  | Porcentaje de implementación del plan intervención al 100%       | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Directores asistenciales |
|  | 2. Ampliar oferta del portafolio de servicios  | Portafolio actualizado   | 1  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Directores asistenciales |
|  | 3. Seguimiento del programa de atención farmacéutica en atención Oncológica (ambulatorio y hospitalario con atención en adulto y pediátrico) | Documento en Excel con cronograma de implementación y resultados. (Revisar la oportunidad) | Porcentaje de implementación del plan de trabajo >90%            | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial                          |
|  |  |  | Número de pacientes entrevistados sobre pacientes citados >70%   |            |            | Líder servicio farmacéutico                      |

|  |   |   |   |            |            |   |
|--|---|---|---|------------|------------|---|
| 2.5. Unidad para la atención de Trasplante | 1. Seguimiento y monitorear la implementación del Programa de Biovigilancia | Comités de vigilancias<br>Reporte y análisis de los eventos adversos del programa   | Tasa de eventos adversos relacionados con el programa de donación y trasplantes   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Asesor programa de trasplantes |
|  | 2. Implementar el programa de trasplantes                                   | Porcentaje de cumplimiento del programa<br><br>Estrategias de intervención para mejorar el proceso de generación de donantes a nivel intrahospitalario.<br><br>Fortalecimiento del portafolio de servicios de donantes y trasplantes tejidos y órganos sólidos<br><br>Constitución y funcionamiento de la UT (HGM-Colombiana de Trasplantes). | Informe del potencial generador<br><br>4<br><br>Paquetes estructurados para oferta comercial.<br><br>Portafolio definido y ofertado<br><br>Activación del programa de trasplante. | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Asesor programa de trasplantes |

**Objetivo Estratégico 3.** Lograr, mediante la gestión de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización

**Programa Estratégico:** Competitividad

| Proyectos  | Actividades   | Productos /Entregable de la actividad  | Meta (Cantidad a lograr en año)  | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable          |
|--|---|--|--|------------------------|-----------------------|--|
| 3.1. Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos financieros y los procedimientos | 1. Determinar herramienta financiera para gestionar los recursos de acuerdo a los costos.<br><br>2. Monitorear el impacto de los servicios intervenidos en costos con | Cronograma de implementación del plan de intervención de acuerdo a las fases priorizadas<br><br>Parametrización del sistema de costos por BI | Número de acciones ejecutadas/ número de actividades proyectadas<br><br>4 al año | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección Financiera<br><br>Lider Sistemas |

|   |   |  |  |            |            |  |
|---|---|--|--|------------|------------|--|
| con la determinación de un proceso de costos estructurado | Intervención en desviaciones  | Informe trimestral del monitoreo de costos   |  |            |            |  |
| 3.2. Obtener tarifas competitivas                         | 1. Fortalecer la venta de servicios<br>2. Estudio de notas técnica en modelos prospectivos de pago de servicios | Diseñar e implementar un plan de mercadeo (ampliación de portafolio).<br>Conformar equipo interdisciplinario para análisis de notas técnicas (decreto 441 de 2023) | Plan de mercadeo diseñado e implementado<br><br>1 nota técnica analizada (Materno perinatal) | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Financiera<br><br>Subgerencia Asistencial (médico auditor y director clínicas Quirúrgicas) |

**Objetivo Estratégico 4.** Promover al interior del hospital un talento humano que cuente con formación integral, tanto en áreas específicas como complementarias, de tal manera que cubra los aspectos inherentes a la creación de valor y a la gestión del conocimiento.

**Programa Estratégico:** Capital Humano

| Proyectos                               | Actividades  | Productos /Entregable de la actividad  | Meta (Cantidad a lograr en el año)            | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable |
|---|--|--|---|------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| 4.1. Modelo de Gestión por Competencias | 1. Ejecutar y monitorear el modelo de gestión por competencias | Documento en Excel con cronograma de implementación.<br>Informe trimestral<br>Evaluación de desempeño de carrera administrativa, articulado con las competencias | 1<br><br>1<br><br>Avance del 30% por semestre | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección Gestión Humana          |

|                     |   |   |  |               |            |                          |
|---------------------|---|---|--|---------------|------------|--------------------------|
|                     | <p>*Fortalecer las competencias definidas para cada uno de los cargos existentes en la planta del Hospital.</p> <p>*Realizar capacitación y entrenamiento en el personal acorde con las competencias establecidas para el cargo</p> <p>*Propiciar un alto nivel de diferenciación y competitividad en el sector salud.</p> <p>*Actualización del manual de funciones y competencias laborales incluyendo: el contenido funcional de los empleos; las competencias comunes a los empleados públicos y las comportamentales, de acuerdo al Decreto 815 de 2018.</p> |   |  |               |            | Dirección Gestión Humana |
|                     | <p>2. Certificar en competencias definidas.</p>   | Certificado de competencias   | Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo >80%        | de 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Gestión Humana |
| 4.2. organizacional | <p>Cultural. Apropriación del modelo de comunicación organizacional</p> <p>*Generar cambio organizacional a partir de la promoción de los ejes de acreditación</p> <p>2. Monitorear de Código de Integridad asociado al eje de humanización</p> <p>*Promover el código de Integridad como base de la gestión ética y transparente.</p>  | Cronograma de actividades definido con medición en el tiempo de las estrategias | 1  | 01/01/2023    | 31/12/2023 | Dirección Gestión Humana |
|                     |   | Plan de Implementación con estrategias  | Porcentaje de implementación del código de Integridad >90% | 01/01/2023    | 31/12/2023 | Dirección Gestión Humana |

|                                     |  |  |  |            |            |                          |
|-------------------------------------|--|--|--|------------|------------|--------------------------|
|                                     | <p>3. Fortalecer la Estrategia de Liderazgo consiente "Escuela de líderes"</p> <p>*Implementar de manera efectiva las formaciones a líderes y directores en las acciones de cierre de brechas culturales.</p>  | <p>Estrategia de Escuela de Líderes definida</p> <p>Desarrollo de competencias directivas que aportan cultura para el HGM</p> <p>Desarrollo de competencias que promuevan la excelencia en el servicio y trato humanizado (competencia de atención al usuario)</p> | <p>Porcentaje de implementación &gt; 90%</p> <p>Índice combinado de transformación cultural</p>  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Gestión Humana |
| <p>4.3. Universidad Corporativa</p> | <p>1. Fortalecer el enfoque del modelo de universidad corporativa</p> <p>*Gestionar el portal con formación normativa y de interés para la organización.</p> <p>*Orientar la funcionalidad de la universidad Corporativa al fortalecimiento de la cultura organizacional desde el curso de inducción y reincidencia además de la incorporación del curso de innovación en salud.</p> <p>*Promover la formación en cursos específicos para el cumplimiento de la resolución 3100 en el estándar de talento humano.</p> <p>* Promover áreas de conocimiento especializadas</p> | <p>Gestión administrativa del portal (propio o externo).</p> <p>Programa de formación por el portal para la vigencia 2023 definido (énfasis en SOGC y en la simulación)</p>  | <p>Portal activo</p> <p>Porcentaje de cumplimiento del programa de formación &gt;90%</p> <p>Cobertura del programa a la población objeto &gt;80%</p> | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Gestión Humana |

**Objetivo Estratégico 5:** Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.

**Programa Estratégico: Fortalecimiento del sistema de gestión integral de calidad.**

| Proyectos                          | Actividades  | Productos /Entregable de la actividad  | Meta (Cantidad a lograr en el año)   | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable                             |
|------------------------------------|--|--|--|------------------------|-----------------------|---|
| 5.1. Sistema Único de Acreditación | 1. Seguimiento de Acreditación   | Informe de seguimiento Icontec   | Efectividad mayor al 80%<br>Calificación mayor o igual a 3.7   | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación                          |
|                                    | 2. Recertificación en Acreditación   | Certificación con calificación mayor o igual a la línea de base.   | 1  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación                          |
|                                    | 2. Fortalecimiento de los despliegues  | Despliegues definidos y gestionados para ingresar  | Adherencia mayor al 50% en el seguimiento mensual  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación                          |
|                                    | 3. Fortalecimiento de los programas que apoyan la seguridad del paciente       | Programas actualizados<br>Programas implementados  | Índice de eventos adversos desagregados  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación                          |
|                                    | 4. Seguimiento a la implementación y resultados del Mejoramiento Institucional | Cobertura de capacitación específica de cada programa<br>Cumplimiento de efectividad de los planes de mejoramiento | Cobertura de capacitación específica de cada programa<br>Cumplimiento en un 80% de los planes de trabajo de los grupos de mejoramiento<br>Índice Búsqueda activa | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación<br>Comité de Vigilancias |

|  |   |   |  |            |            |                                      |
|--|---|---|--|------------|------------|--------------------------------------|
| 5.2. Cumplimiento de estándares internacionales  | 1. Certificación en Responsabilidad Social Empresarial                                  | Informe de Sostenibilidad bajo metodología GRI presentada en plataforma Fenalco Solidario | 1  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 2. Migración de la norma OHSAS 18001 a la norma ISO 45001 (Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo)  | Desarrollar metodología (diseño, implementación y verificación)                         | Porcentaje de cumplimiento de los estándares  | Fase 1 en el primer semestre (PESV diseño y planificación) - fase 2 (implementación) | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Seguridad y salud en el trabajo      |
| 3. Plan Estratégico de Seguridad Vial (Res. 40595 de 2023 MIntrasporte)  | Experiencias Exitosas   | 1   |  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 4. Participar en certificaciones, premios y galardones seguridad del paciente  | Autoevaluación realizada Plan de implementación por etapas                              | 1   |  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 5. Avanzar en la autoevaluación de estándares de Planetree (OES)   | Autoevaluaciones realizadas   | Porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación al 100%               |  | 01/01/2023 | 31/08/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 5.3. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Sistema de Información para la gestión documental para la calidad. | 1. Garantizar el cumplimiento de los estándares definidos en la Resolución 3100 de 2019 | Formular el Plan de acción de mejoramiento  | Cumplimiento del plan de mejoramiento de habilitación.                               |            |            |                                      |

|  |  |  |   |            |            |                                      |
|--|--|--|---|------------|------------|--------------------------------------|
|  | 2. Fortalecimiento de auditorías para el PAMEC | Cronograma de auditorías de procesos   | Porcentaje de cumplimiento del cronograma | 01/01/2023 | 31/08/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
|  | 3. Análisis de datos para la calidad           | Reporte de Indicadores para la calidad | 4 Informes                                | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |

**Objetivo Estratégico 6:** Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión pública.  
**Programa Estratégico:** Modelo de gobierno corporativo público.

| Proyectos                                     | Actividades  | Productos /Entregable de la actividad   | Meta (Cantidad a lograr en el año)  | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa responsable    |
|---|--|---|---|------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| 6.1. Sistema de gestión Integral del riesgo   | <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar el riesgo residual de los procesos</li> <li>Ajustar el enfoque de acuerdo a los lineamientos del DAFP y normatividad.</li> <li>Capacitar en riesgos</li> </ol> | <p>Informe de riesgo residual</p> <p>Documentos del sistema ajustados</p> <p>Cronograma capacitación</p>  | <p>1</p> <p>Mínimo 1</p> <p>Porcentaje de ejecución &gt;80%</p> <p>Índice de madurez del riesgo &gt;3</p> | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 6.2. Modelo Integrado de planeación y gestión | <ol style="list-style-type: none"> <li>Definir y/o actualizar las políticas de Gestión y Desempeño institucional</li> <li>Integrar los planes Institucionales</li> </ol>   | <p>Tres (3) políticas al año</p> <p>Evidencia del seguimiento y su articulación con el plan de acción</p> | <p>3</p> <p>&gt;80% 1 vez al año</p>  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Jefe oficina de Calidad y Planeación |

|   |   |   |            |            |                                      |
|---|---|---|------------|------------|--------------------------------------|
| 3. Realizar asesoría en la implementación del MIPG por dimensiones, políticas y planes  | Asesorías realizadas/ asesorías programadas   | 4 al año  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 4. Fortalecer los resultados de los comités Institucionales   | Definir la planeación de los comités para la anualidad<br>Informe de seguimiento y recomendaciones                              | 1 vez al año mínimo<br>1                                      | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 5. Diligenciar oportunamente el formulario FURAG y utilizar como insumo a la mejora institucional del formulario único de reporte y avance del MIPG | Certificado de diligenciamiento<br>Plan de intervención y recomendaciones   | Informe socializado   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina de Calidad y Planeación |
| 6. Implementar las acciones para certificación en normas internacionales de auditoría   | Informe de consultoría de la Secretaría de Evaluación y Control (distrito)<br>Plan de intervención de las brechas identificadas | 1<br>Cronograma con la totalidad de las brechas identificadas | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe de auditoría interna            |
| 7. Automatizar la función de la auditoría Interna (MIPP 1220) Auditoría Digital   | Adquisición del software (determinar interfaces)  | 1   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe de auditoría interna            |
| 8. Implementación de la política de prevención del daño antijurídico  | Plan de trabajo de implementación política  | Indicador de resultado del plan                               | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Jefe oficina Jurídica                |



|  |  |  |   |            |            |                            |
|--|--|--|---|------------|------------|----------------------------|
|  | 2. Determinar e Implementar los mecanismos de Atención al Ciudadano con humanización e inclusión | Ventanilla preferencial en funcionamiento (Ley 1996 de 2019) | 1 | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Administrativa |
|--|--|--|---|------------|------------|----------------------------|

**Objetivo Estratégico 7:** Incrementar la generación de conocimiento y la innovación con tecnología aplicadas al proceso de atención en salud.  
**Programa Estratégico:** Investigación, Docencia e Innovación.

| Proyectos   | Actividades  | Productos /Entregable de la actividad  | Meta (Cantidad a lograr en año) | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable                         |
|---|--|--|---------------------------------|------------------------|-----------------------|---|
| 7.1. Fortalecimiento de la Investigación y desarrollo tecnológico | 1. Fortalecer los grupos de Investigación  | Conservar al menos 2 grupos de Investigación reconocidos   | 2                               | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |
|   | 2. Fortalecer el conocimiento en investigación                                       | Publicación artículos Scimago Q1 y Q2. Pubindex A y A1(8) Publicación Scimago Q3 y Q4 Pubindex B y C (16) Otras fuentes (6)  | 30                              | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |
| 7.2. Hospital Universitario                                       | 1. Fortalecer las competencias docentes  | Total decursos ofertados para fortalecer las competencias docentes   | 3                               | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |
|   | 2. Implementar las acciones para la renovación reconocimiento Hospital Universitario | Aplicación del modelo de autoevaluación para el cumplimiento de los criterios de Hospital Universitario<br>Ejecución de las acciones para la renovación del reconocimiento como hospital universitario | 1<br>100%                       | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |

|  |  |  |   |  |            |            |  |
|--|--|--|---|--|------------|------------|--|
| 7.3. Centro de innovación productiva                     | 1. Potenciar la línea para la manufactura aditiva y el prototipado rápido con un nivel de madurez tecnológica TRL 7 (demostración en entorno operativo) y TRL 8 (sistemas completo y certificado). |  | Entrega de 2 prototipos en TRL 7.   | Prototipos entregados  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Profesional Innovación       |
|  | 2. Desarrollar la línea para la generación de sistemas electrónicos y tecnologías de la información en salud   |  | Entrenamiento y validación del aplicativo funcional de clínica heridas (elevar consulta al Invima sobre implementación en ambiente clínico)         | 1 aplicativo   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Profesional Innovación       |
|  | 3. Desarrollar la línea para el desarrollo de tecnologías virtuales médicas  |  | Desarrollo de 2 entornos virtuales  | 2 entornos   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Profesional Innovación       |
|  | 4. Establecer mecanismos de gestión, protección y explotación de los recursos obtenidos  |  | Establecer herramientas de uso, apropiación social y cultura del compartir conocimiento   | 10 "café del conocimiento" o eventos de divulgación.<br>1 grupo de investigación en innovación | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial Profesional Innovación       |
| 7.4. Tecnología de información para análisis. (big data) | 1. Implementar aplicativo para el digitalizar la metodología.  |  | Ejecutar la aplicación en los datos de interés para la organización   | 1 aplicativo implementado  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Equipo de Gobernanza del Dato.<br>Líder Estadística. |
|  | 2. Implementar modelos analíticos a los datos  |  | Evaluar el desempeño de un modelo aprendizaje de máquina y el desempeño de modelos analíticos de interés<br>Explotación de datos con datos abiertos | Resultado comparativo de 3 modelos analíticos  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Equipo de Gobernanza del Dato.<br>Líder Estadística. |

|   |   |  |  |            |            |   |
|---|---|--|--|------------|------------|---|
|   | 3. Clasificación y análisis de los grupos relacionados de diagnóstico prioritizados                       | Determinar en las áreas la clasificación y agrupación.<br><br>Configurar la estructura del Sistema de información de GRD, para el HGM, acorde a directrices gerenciales.<br>Estructurar los Informes Estadísticos generados a partir del Aplicativo de GR  | GRD requeridos prioritizados para el hospital<br><br>1 informe | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Equipo de Gobernanza del Dato.<br>Líder Estadística.      |
| 7.5. Determinar el modelo de identificación | un1. Desarrollar el modelo de identificación  | Sistema biométrico operando  | 3 nodos de control de acceso operativos                        | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Administrativa.                               |
|   | 2. Asociar sistema biométrico a gestión de personal (TH)  | Creación de módulo de software Cumplimiento de requisitos del personal y cuadro de turnos  | 1 modulo funcional   | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Administrativa.                               |
| 7.6. Fortalecimiento del centro de ensayos  | 1. Gestionar la adecuada ejecución de los estudios clínicos patrocinados en el Centro de Ensayos Clínicos | Porcentaje de intención o factibilidades de estudios clínicos gestionadas (total respuesta enviada / total intención y factibilidad estudios clínicos recibidas)   | > 90%  | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |
|   |   | Porcentaje de estudios con posibilidad de ejecución en el HGM (total estudios con posibilidad de ejecución / Total intenciones o factibilidades de estudios recibidas)<br>Monitorización óptima de estudios clínicos (Total de estudios clínicos con al menos dos monitorias anuales / estudios clínicos en ejecución) | > 50%<br><br>> 90%   |            |            |   |

|  |   |  |             |            |            |   |
|--|---|--|-------------|------------|------------|---|
|  | 2. Realizar el encuentro de Centros de Ensayos Clínicos                 | Encuentro de centros de ensayos clínicos | 1 encuentro | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial e Investigación                   |
|  | 3. Realizar evaluación del cumplimiento de la Buenas Prácticas Clínicas | Informe de auditoría interno por externo | 1           | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Subgerencia Asistencial<br>Líder Docencia e Investigación |

**Objetivo Estratégico 8:** Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguro.

**Programa Estratégico 8.1:** Fortalecimiento de la infraestructura física

| Proyectos                         | Actividades   | Productos / Entregable de la actividad   | Meta (Cantidad a lograr en el año)        | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable     |
|-----------------------------------|---|--|---|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 8.1.1. Infraestructura humanizada | 1. Construir obra Sótano: contratación construcción de obra e interventoría.                                | Términos de referencia aprobados Convocatoria realizada Contrato interventoría perfeccionado Proporción de avance físico de la obra Proporción de avance financiero de la obra | Evaluación del cumplimiento al cronograma | 01/01/2023             | 30/06/2023            | Dirección Apoyo Logístico, Arquitecto |
|                                   | 2. Diseñar construcción de torre administrativa.  | Fase 1: Presentación de los diseños (consultoría) Licenciamiento   | Evaluación del cumplimiento al cronograma | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección Apoyo Logístico, Arquitecto |
|                                   | 3. Impermeabilización de terrazas (aprovechamiento para espacios lúdicos y amigables con el medio ambiente) | Términos de referencia aprobados Convocatoria realizada Contrato interventoría perfeccionado Proporción de avance físico de la obra Proporción de avance financiero de         | Evaluación del cumplimiento al cronograma | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección Apoyo Logístico, Arquitecto |

|  |  |   |   |   |            |                           |                                       |
|--|--|---|---|---|------------|---------------------------|---------------------------------------|
|  | 4. Adecuación central de esterilización  | la obra   | Términos de referencia aprobados Convocatoria realizada | Evaluación del cumplimiento al cronograma | 01/01/2023 | 31/12/2023                | Dirección Apoyo Logístico, Arquitecto |
|  | 5. Adecuación servicio odontológico  | Contrato perfeccionado  | Proporción de avance físico                             | Evaluación del cumplimiento al cronograma | 01/01/2023 | 31/12/2023                | Dirección Apoyo Logístico, Arquitecto |
|  | 8.1.2 Adecuación de la Unidad de Cuidados Intermedios del Piso 7 de la Torre Sur.  | Proporción de avance físico de la obra  | Proporción de avance financiero de la obra              | Proporción de avance físico de la obra    | 01/01/2023 | 31/12/2023                | Dirección Apoyo Logístico             |
|  | 8.1.3. Plan Maestro de Sostenibilidad Ambiental (hospital verde)   | Adopción del nuevo Código de colores para residuos y la disposición de los recipientes sujeto a cambio. | Cumplimiento del cronograma                             | 01/01/2023                                | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |                                       |
|  | 2. Controlar las emisiones atmosféricas  | Plan de movilidad empresarial sostenible MES operando   | Porcentaje de cumplimiento del plan                     | 01/01/2023                                | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |                                       |
|  | 8.1.3. Plan Maestro de Sostenibilidad Ambiental (hospital verde)   | Resultados de Inspección y análisis   | Instrumento de medición                                 | 01/01/2023                                | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |                                       |
|  | <p>*Monitoreo de Gases de combustión según la Resolución 912 de 2017</p> <p>*Monitoreo de Fuentes Fijas la Resolución 909 de 2008</p> <p>*Pruebas microbiológicas para verificar el tratamiento de residuos</p> <p>*Carpooling, Movilidad Sostenible, incentivos y gamificación (Software)</p> |   |   |   |            |                           |                                       |

|   |   |  |  |            |            |                           |  |                           |
|---|---|--|--|------------|------------|---------------------------|--|---------------------------|
|   | analítico o científico)<br>*Caracterización de agua potable<br>*Caracterización de aguas residuales.<br>Compensación huella de carbono<br>*Asesoría para valoración económica de impactos ambientales |  |  |            |            |                           |  | Dirección Apoyo Logístico |
| 8.1.4 Densificación y renovación urbana en el Perpetuo Socorro.2 (Hospital Naranja).    | Y1. Realizar la contratación y Construcción Fachada Hospital: Fase 2 (Renovación de la fachada)   | Términos de referencia aprobados<br>Convocatoria realizada                         | Términos de referencia aprobados                                 | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |  |                           |
|   | 2. Realizar la Contratación y construcción Entorno del Hospital: fase 2 (renovación del entorno)  | Términos de referencia aprobados<br>Convocatoria realizada                         | Términos de referencia aprobados                                 | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |  |                           |
|   |   | Contrato perfeccionado<br>Avance físico de la obra<br>Avance financiero de la obra | Contrato perfeccionado<br>Proporción de avance físico de la obra |            |            |                           |  |                           |
|   |   | Contrato perfeccionado<br>Avance físico de la obra<br>Avance financiero de la obra | Contrato perfeccionado<br>Proporción de avance físico de la obra |            |            |                           |  |                           |
| 8.1.5 Adecuación del servicio hospitalización para adultos aislados piso 10 Torre Norte | 1. Construcción de obra civil e interventoría   | Avance físico de la obra<br>Avance financiero de la obra                           | Proporción de avance físico de la obra                           | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico |  |                           |

**Programa Estratégico 8.2: Fortalecimiento de la Gestión Tecnológica.**

| Proyectos   | Actividades   | Productos /Entregable de la actividad                | Meta (Cantidad a lograr en el año)  | Fecha inicio actividad | Fecha final actividad | Unidad administrativa Responsable         |
|---|---|--|---|------------------------|-----------------------|---|
| 8.2.1 Adquisición y Renovación tecnológica  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar la adquisición de los equipos requeridos para el servicio de ayudas diagnóstica</li> <li>2. Dotación para la Central de Esterilización.</li> <li>3. Renovación y adquisición de equipos biomédicos para los diferentes servicios del HGM</li> <li>4. Realizar la dotación para la unidad de cuidados intermedios adultos del piso 7 torre sur.</li> <li>5. Realizar la dotación para el servicio de Hospitalización adultos aislados del piso 10 torre norte.</li> </ol> | Equipos Adquiridos, instalados y en funcionamiento   | 5 equipos año que se encuentren en PBI  | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección de apoyo logístico              |
| 8.2.2. Gestión de los servicios tecnológicos de arquitectura para el proceso de atención) | <p>1. Fortalecer el cumplimiento de estándares de la norma ISO 127001(Seguridad de la información)</p>  | El diagnóstico analizado de cada uno de los dominios | Incremento del 10% con respecto al cumplimiento planteado en el primer año (60.78%) sería del 66.86%. | 01/01/2023             | 31/12/2023            | Dirección Apoyo Logístico. Líder sistemas |

|  |   |   |   |            |            |  |
|--|---|---|---|------------|------------|--|
|  | 2. Ejecutar las fases de implementación IpV6 y monitoreo de acuerdo con la Resolución 2710 de MinTIC de 2017. | Configuración y puesta en producción de la última etapa mediante un cronograma  | Mantenimiento de la gestión en la vigencia con seguimiento trimestral | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico.<br>Líder sistemas |
|  | 3. Gestión de las vulnerabilidades técnicas   | Disminución el número de las vulnerabilidades tecnológicas identificadas  | Mantenimiento de la gestión en la vigencia con seguimiento trimestral | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico.<br>Líder sistemas |
|  | 4. Renovar de la infraestructura tecnológica obsoleta   | Unificación de la infraestructura tecnológica definida en cronograma  | Porcentaje de renovación realizada / de la programada                 | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico.<br>Líder sistemas |
|  | 5. Automatizar Procesos Priorizados   | Renovación De llamados de enfermería<br>Automatización servicio farmacéutica  | Porcentaje de la implementación > 80%                                 | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico.<br>Líder sistemas |
|  | 6. Desarrollar e implementar del Tablero de indicadores   | Hiperconvergencia en 2 fase<br>Levantamiento de necesidades de gestión de indicadores por procesos. (documento)<br>Diseño de la implementación<br>Tableros en operación | Tablero de indicadores operando al 100%                               | 01/01/2023 | 31/12/2023 | Dirección Apoyo Logístico.<br>Líder sistemas |

| Actuación |  | Nombres Y Apellidos |  | Cargo                        |  | Firma |  |
|-----------|--|---------------------|--|------------------------------|--|-------|--|
| Elaboró   | Profesional U/Planeación y responsables de proyectos |                     |  | Ver asistencia               |  |       |  |
| Revisó    | Rosmira Mosquera Padilla                             |                     |  | Jefe de Calidad y Planeación |  |       |  |
| Aprobó    | Mario Fernando Córdoba Pérez                         |                     |  | Gerente                      |  |       |  |



