



## HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO ESE ROLDANILLO - PLAN DE ACCION 2023

Línea Estratégica	Programa	Objetivo	Planes - Proyectos	Indicador	Meta	Línea Base (2020)	Actividades	Responsable	Evidencia	Cumple	No cumple
	Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.	Adoptar un modelo integral de gestión de la calidad promoviendo las buenas prácticas, la gestión del riesgo individual, la renovación tecnológica y ejecución de lineamientos claves en el proceso de atención.	Sistema de Información para la Calidad	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación	Institución Acreditada o variación positiva $\geq 1.20$ sobre la autoevaluación	2,78	1. Elaboración y cumplimiento de la programación anual de seguimiento a planes de mejora. 2. Verificación del cierre de las actividades propuestas en la vigencia. 3. Realización de la Evaluación de acreditación de acuerdo a la normatividad vigente.	Sistema de Gestión de Calidad	Durante el año 2023 se obtiene una calificación respecto al sistema único de acreditación de 4,93, lo que representa un resultado de 1,11 con una meta esperada de 1,20		X
			Programa de Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	Mayor o igual a 90% de efectividad en Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	0,91	1. Unificación del formato para levantar y gestionar los hallazgos por tipo de auditorías (internas, externas y otras fuentes) para tener un solo cuadro de mando por tipo de auditoría y obtener mayor control sobre la gestión de las acciones de mejora. 2. Centralización en calidad, de la solicitud de informes, visitas y demás que generen informes y requieran planes de mejoramiento.	Sistema de Gestión de Calidad	El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2023, se diseñó tomando como referencia la Ruta Crítica propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social que incluye: La autoevaluación de procesos por mejorar (Hallazgos de no calidad), priorización de los procesos institucionales, definición de la calidad esperada a través de los estándares del Sistema Único de Acreditación, la definición de oportunidades y acciones de mejoramiento, asignación de responsables y plazos máximos de ejecución para las acciones de mejoramiento.  (El PAMEC). El resultado de efectividad del PAMEC para la vigencia 2023 fue de 92% de una meta esperada de 90%.	X	
			Priorización, Actualización o adopción y despliegue de Guías, protocolos, procedimientos, e instructivos clínicos	Proporción de guías y protocolos de atención evaluados sobre el total de guías y protocolos de atención priorizados.	Mayor o igual a 90% de guías y protocolos de atención evaluados	ND	1. Realización de un diagnóstico de guías y protocolos a actualizar y adoptar. 2. Priorización de guías y protocolos. 3. Elaboración, Actualización, Adopción y socialización de guías y protocolos. 4. Evaluación de la implementación de las guías y protocolos adoptados por la entidad.	Subdirección Científica	Se realiza actualización de las guías de atención de cada uno de los servicios misionales. Se realiza capacitación al personal médico cada miércoles, y al personal asistencial los días jueves de cada mes. Se realizaron actualización de 6 protocolos y 8 de enfermería adicionalmente se crearon 4 guías de enfermería.	X	
			Priorización, Actualización o adopción de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	Porcentaje de cambios realizados en los documentos del SGC sobre número de cambios solicitados o detectados	Mayor o igual a 90%	ND	1. Realización de formato de solicitud de cambios para la actualización de documentos del SGC. 2. Priorización de los cambios a realizar en los documentos del SGC. 3. Actualización, Adopción y socialización de los cambios realizados a los documentos del SGC	Sistema de Gestión de Calidad	Sistema de Gestión de Calidad se realiza la priorización, actualización, adopción y socialización de los cambios realizados a los documentos del SGC del 100% de las solicitudes realizadas.	X	
	Gestión del Riesgo asociado a la atención en Salud	Adoptar la seguridad del paciente como pilar fundamental en la prestación de los servicios de salud.	Programa de Seguridad del Paciente	Implementar el 100% de los instrumentos y metodologías del seguridad del paciente determinados por el Minsalud	1	1	1. Realización de las rondas de seguridad. 2. Cierre oportuno de acciones de planes de mejoramiento. 3. Aplicación y evaluación de guías médicas de acuerdo a las necesidades. 4. Implementación de las barreras de seguridad establecidas en el comité de seguridad del paciente. 5. Implementación de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente y paquetes instruccionales de la política de seguridad del paciente del Ministerio de Salud.	Subdirección Científica	Rondas de seguridad del paciente: 1 cada mes. Capacitaciones médicas: mensuales. Educación paquetes instruccionales de mayor uso enfermería: por trimestre urgencias, hospitalización y cirugía. Capacitaciones de enfermería y planes de mejora: mensuales. Reporte de posible evento adverso: reporte inmediato en el momento que se presente. Comité de seguridad del paciente: mensual. Comité de infecciones: mensual.	X	
			Gestión de Eventos Adversos	Gestionar el 100% de los eventos adversos detectados.	1	1	1. Sensibilización y motivación para el reporte de las fallas de la atención en salud. 2. Análisis y gestión de las fallas de la atención en salud.	Subdirección Científica	Para este indicador se presentaron en total 48 casos (incidente, riesgo, evento, otro) de los cuales todos los 48 casos fueron analizados y reportados en SIHOS.	X	
	ral y con calidad	Mejorar la prestación del servicio, mediante un Modelo Integral de Atención en Salud, cumpliendo los lineamientos del Ministerio de	Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física	Número de proyectos Gestionados sobre número de proyectos estructurados	Mayor o igual a 90%	ND	1. Realización de diagnóstico de necesidades en infraestructura física de la ESE. 2. Estructuración de proyecto de gestión de acuerdo a las exigencias normativas vigentes y los requerimientos establecidos por las entidades territoriales del nivel departamental y nacional. 3. Gestión y radicación de proyectos ante los entes territoriales interesados	Gerencia	El HDSA estructuró durante la vigencia 2023 dos (2) proyectos, teniendo en cuenta el diagnóstico de la infraestructura física, de los cuales se han gestionado tres (3) proyectos ante el nivel departamental y nacional en la ejecución del plan bianual.	X	



/ Administrativa con Eficacia y Sostenibilidad.	Mercadeo y Ventas	permita mejorar la imagen corporativa y posicionar la ESE como una de las mejores de la region.	Oferta Institucional	Incrementar la venta de servicios en un 10% anual	≥ 0,10	23%	Establecer estrategias de mercadeo: contratación de profesionales en salud, Ampliación de horario de atención para la prestación de servicios especializados. convenios con las diferentes EPS	Gerencia - Subgerencia Administrativa y Financiera - Subdirección Científica	Se asignaron dos funcionarios para la asignación de citas por medio telefónico y página web. las citas presenciales en el año 2022 fueron 18964 y en el 2023 10004 presentando una variación negativa del 47.25% las citas no presenciales (tel y web) en el año 2022 de 104056 y en el año 2023 137.849 con una variación positiva del 32.48% con un total de citas en el 2022 fueron de 123.020 y en el 2023 de 147.853 con un incremento del 20.19%	X	
				Garantizar el 100% del personal profesional especializados requerido por la E.S.E	100%	100%	1. Análisis de la capacidad instalada en recurso humano. 2. Contratar el personal que cumpla con los requisitos y requerimientos que garanticen las actividades asociadas. 3. Asignación de funciones de acuerdo a los perfiles y disponibilidades requeridas.	Gerencia - Subgerencia Administrativa y Financiera - Subdirección Científica - Talento Humano - Contratación	Para la vigencia 2023 se cuenta con el 100% del personal requerido garantizando la atención de especialidades tales como Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría, Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, Anestesia, Medicina Familiar, Psiquiatría, Cardiología, Radiología e Imágenes Diagnósticas Mamografías. Las especialidades Básicas Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría se encuentran habilitados 12 horas de Lunes a domingo, las demás especialidades según la programación de Turnos.	X	
	Gestión Financiera	Garantizar un manejo gerencial que permita la sostenibilidad de la institución con énfasis en la sostenibilidad y rentabilidad	Estandarización de Procesos y Procedimientos para la orientación en la toma de decisiones y la transparencia en la Gestión Pública	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida. Gasto de Funcionamiento y Operación Comercial y prestación de servicios comprometidos en el año objeto de la evaluación/ Número de UVR producidas en la Vigencia) / (Gasto de Funcionamiento y Operación Comercial y Prestación de Servicios comprometido en la Vigencia anterior en valores constantes del año objeto de evaluación/ número de UVR producidas en la vigencia anterior)	< 0,90	1,11	1. Minimizar costos. 2. Aumentar Producción.	Subgerencia Administrativa y Financiera - Área Financiera.	Con respecto a la evolución del gasto por unidad valor relativo producido en el año 2023 fue de \$15.304,9 / 14.865,18 en el 2022 teniendo una diferencia de \$1.029, por lo cual fue mayor a 0,90, no cumple pero se tomaron medidas para llegar a la meta que le permitan al hospital optimizar los recursos producidos frente a los costos y gastos generados por la institución.		X
				Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudos. Valor de la ejecución de Ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de CxC de vigencias anteriores) / Valor de la ejecución de Gastos comprometidos en la vigencia objeto de evaluación (incluye el valor comprometido de CxP vigencias anteriores).	≥ 1	0,89	1. Implementar actividades que permitan reducir el gasto en la institución: A. Implementar mecanismos de control y seguimiento de consumo de insumos. B. Ejecución del plan de austeridad en el gasto. 2. A. Realizar seguimiento mensual de los gastos comprometidos. B. Informar a la Gerencia sobre las variaciones del presupuesto: valor ejecutado v/s valor proyectado C. Solicitar de la gerencia la retroalimentación de las acciones correctivas a que haya lugar.	Subgerencia Administrativa y Financiera - Área Financiera.	El Hospital Departamental San Antonio obtuvo un resultado de 0,95, lo que quiere decir que no se logró mantener el equilibrio presupuestal con relación a los ingresos totales recaudados y los gastos comprometidos en la vigencia, lo que requiere que se generen más esfuerzos por parte del Hospital para llegar al cumplimiento de este indicador		X
				Oportunidad en la Radicación. Número de Facturas radicadas en los primeros 20 días del mes siguiente a la prestación del servicio sobre el número de Facturas generadas en el mes a analizar por 100	≥ 0,90	ND	1. facturación diaria de los servicios oportunamente. 2. Realizar las autorizaciones y las validaciones 3. Cumplir con la norma estipulada en el Dcto 4747 y Res. 3047 4. Radicación cuentas médicas 5. Radicar en los tiempos establecidos por las EPS 6. Análisis de datos y elaboración de estrategias acorde a los resultados	Facturación	1. En el año 2023 se realizó la facturación diaria en los diferentes puntos de atención que tiene habilitados el Hospital. 2. En cumplimiento en los establecidos en la normatividad vigente se logró realizar los procesos de autorización y validación de los servicios de salud prestados en la institución. 4. Se habilitó el área de autorizaciones en las sedes Principal y el la Sede Clínica Santa Ana (Nueva Eps) 5. En cuanto a la radicación se logró con la meta de la radicación de facturas. 6. Se realiza informe de seguimiento a los procesos del área los cuales son evaluados constantemente por la gerencia.	X	
				Conciliar trimestralmente los módulos (cartera, activos fijos, facturación, tesorería, glosas) con el módulo de contabilidad.	100%	100%	1. Verificar trimestralmente los módulos que afecten o alimenten la contabilidad y el presupuesto. 2. Presentar acta de conciliación a Gerencia	Subgerencia Administrativa y Financiera - Área Financiera.	En la vigencia 2.023 se realizaron las conciliaciones con las entidades responsables de pago de acuerdo a lo definido en la normatividad vigente, tales como Mesas de saneamiento según Circular 030 entre otras. Las conciliaciones se realizaron de manera presencial y virtual periódicamente generando actas de depuración de saldos de cartera y compromisos de pago.	X	
				% de CARTERA RECAUDADA. Total Cartera Recaudada / total Cartera Radicada	80%	86%	1. Realizar acuerdos periódicos de pago con las EPS y otros que apliquen.	Área de Cartera	Procesos de conciliación trimestral de acuerdo a la circular 030, los compromisos se realizan con la secretaría de salud departamental contributivo y subsidiado	X	
				Seguimiento a los Porcosos. (número de Auditorías internas realizadas a los procesos sobre el número de auditorías programadas).	90%	91%	1. Realización de Plan de Auditorías Internas. 2. Socialización del Plan de Auditorías. 3. ejecución del Plan	Control Interno - Calidad	Para el año 2023 se realizaron 7 auditorías de las cuales se programaron 6 para el presente año cumpliendo con la meta en los procesos de almacén, odontología, laboratorio, sistemas, rendición a la cuenta, pyp y cierre fiscal.	X	

Gestión Financiera y			Mejoramiento Institucional	Actualización e Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)	80%	57,70%	1. implementar las siete dimensiones del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) e incorporarlo al ciclo de gestión PHVA	Gerencia	Los resultados de la vigencia 2022 no son comparables con los resultados de las mediciones anteriores, ya que los líderes de política realizaron cambios significativos a las preguntas de sus políticas, dado los procesos de actualización de las temáticas y directrices.	X	
	Gestión de Costos	Establecer la cultura donde los costos sean parte esencial en la búsqueda de la competitividad sin detrimento de la calidad en la prestación de los servicios.	Análisis por producto y centro de costos	Realizar el costo al 100% de los productos y centros de costos de la entidad	100	ND	1. Identificación de los centros de costos y cada uno de los productos que los integran. 2. Determinar los costos de cada uno de los productos y centros de costos de la entidad.	Costos	Se realizan informe trimestral con información general de costos contables tomados de los sistemas SIHOS. Por área funcional (15 centros de costos identificados), teniendo en cuenta la clasificación de mano de obra de planta y contratado, los gastos generales y material de consumo. Analizando y comparando con los ingresos para obtener el porcentaje de rentabilidad. Se presenta a Gerencia, Subgerencia, Control Interno y Calidad por correo institucional.	X	
			Socialización de la información de costos por centro de costos	Porcentaje de cumplimiento en la socialización de informes de costos. (numero de informes solicitados sobre numero de informes por centro de costo programado.	≥ 0,90	ND	1. Realización de informes trimestrales de costos. 2. presentación a la Subgerencia Administrativa	Costos		X	
	Gestión Administrativa	Fomentar la cultura de autocontrol, autogestión y autoregulacion	Seguimiento de indicadores del Cuadro de Mando	Porcentaje de informes presentados de seguimiento del cuadro de mando. N°. De informes de seguimiento realizados sobre N°. Informe programados (2 informes)	≥ 0,90	ND	1. Consolidación de la Información. 2. Reporte oportuno de la información por parte de las unidades generadoras de datos.	Sistema de Gestion de Calidad - Subdireccion Cientifica - Estadistica	Durante la vigencia 2023 se reportaron un total de 5 informes correspondientes al cuadro de mando de 2193 4 trimestrales y 1 anual dentro de los tiempos estipulados.	X	
			Gestión de riesgos Institucionales y de corrupción	porcentaje de informes de monitoreo de actividades del plan anticorrupcion y de atencion al ciudadano. No. De informes realizados sobre No. De informes programados)	≥ 0,95	100%	1. Elaboracion y/o actualizacion del plan anticorrupcion y atencion al ciudadano. 2. Consolidacion de la informacion y reporte informe de seguimiento.	Subgerencia Administrativa y Fiannciera - Planeación.	Se han realizado los 3 informes correspondientes al seguimiento del plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y actualización del mismo.	X	
				Porcentaje de seguimiento de los planes de manejo de riesgos institucionales existentes. No. De planes revisados sobre No. De planes realizados por procesos)	≥ 0,90	ND	1. Elaboracion y/o actualizacion del mapa de riesgo institucional . 2. Consolidacion de la informacion y reporte informe de seguimiento.	Subgerencia Administrativa y Financiera - Planeación.	Se realiza la actualización de los Mapas de Riesgos Institucionales semestralmente del Hospital San Antonio de Roldanillo.	X	
	Gestión de Sistemas de Información y Comunicación	Adoptar dentro de la cultura organizacional el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios	Adquisición e implementación de nuevas tecnologías de la información.	Porcentaje de TICS adoptadas e implementadas. (No. De proyectos adoptados e implementados dentro de la vigencia sobre numero de proyectos TICS autorizados en la vigencia)	≥ 0,80	ND	1, formulación, Actualización del Plan de las Tecnologías de la Información. 2. Priorización de los proyectos del plan. 3. Gestión de proyectos priorizados	Coordinación Sistemas	En el año 2023 se trabajó para cumplir con la meta de las actividades programadas del plan estrategico de tecnologías de la información con un total de 29 equipos de computo adquiridos para la vigencia, 18 impresoras,12 UPS,4 servidores de impresion, 1 oswitch, 1 videobeam y 1 scanner.	X	
			Plan de Mantenimiento de Tecnologías de la Información	Porcentaje de Mantenimientos preventivos realizados. (No. De Mantenimientos realizados sobre No. De mantenimientos preventivos programados).	≥ 0,90	ND	1. Elaboracion del plan de Mantenimiento de las Tecnologías de la Información y comunicación TICS. 2. Ejecucion del plan de Mantenimiento de las TICS	Coordinación Sistemas	Durante la vigencia 2023 se elabora la programación de mantenimiento de los equipos de cómputo cumpliendo con el 100% del mantenimiento preventivo.	X	
	Gestión del Conocimiento	Capacitación permanente del Talento Humano.	Programa de Induccion y Reinduccion Institucional	Porcentaje de personas con induccion institucional. (No. De personas con induccion sobre No. De personas que ingresaron a la institucion)	≥ 0,90	ND	1. Identificación de necesidades de capacitación 2. Elaboración del Programa de capacitación y adoptar el PIC en la institución 3.Inclusión del plan de capacitación en el presupuesto 4. Ejecución de capacitaciones correspondientes al plan	Talento Humano	En el año 2023 todas las personas que ingresaron a la institucion tuvieron proceso de induccion, se llevo a cabo el cumplimiento del PIC al 100%	X	
	Satisfacción del Usuario	Aplicar un instrumentos de identificación de necesidades y expectativas de los usuarios y grupos de interes	Aplicación de Encuestas de percepcion y de satisfacción a usuarios y grupos de interes	Porcion de satisfaccion Global de usuarios de la ESE. (No. De encuetas de satisfaccion con respuestas "buena" o "Muy buena" sobre No. De encuestas aplicadas	≥ 0,85	96%	1. Aplicación de la encuesta de satisfacción al usuario externo 2. Campañas de información al usuario en conjunto con los convenios docencia servicio 3. Aprovechamiento de los espacios de usuarios como asociaciones y grupos organizados para dar información general sobre autocuidado 4. Estandarización de la información que brinda al usuario el equipo intra y extramural, aprobada por calidad.	SIAU	Se aplico un total de 6.246 encuestas en los diferentes servicios de la institución, con un porcentaje del 95,95%, correspondiente a los meses de Enero a Diciembre de 2023. Muy buena:3.109, Buena: 2.884, Regular: 155, Mala: 9, Muy mala: 36, No informa:0	X	
				Porcion de usuarios que recomendaria la ESE a un familiar o amigo. (No. De usuarios que respondieron "si" o "probablemente si" sobre el numero de usuarios encuestados).	≥ 0,80	ND		SIAU	El porcentaje que recomendarían la IPS a un familiar o amigo correspondiente a enero de 2023, es de el 96,53% durante el año 2023 de las 6.246 personas encuestadas el 96,53% (6.029) respondieron que si recomendarían la IPS a un familiar o a un amigo, el 1,50% (94) que no recomendaría la IPS, seguidamente 1,97% (123) no informar en la encuesta si o no recomendarían la ISP	X	
Buen Gobierno - Gestión del Entorno	Escenarios de Participación Comunitaria	Garantizar los diferentes escenarios de participación Comunitaria	Participación del Representante de los usuarios en la Junta Directiva	Porcentaje de participación del representante de los usuarios en la junta directiva. (No. De sesiones en la que participo sobre No. De Sesiones realizadas)	90%	100%	1. Convocatorias de las Junta directiva	Gerencia	Durante la vigencia 2023 se realizaron 13 sesiones de la junta directiva, 6 sesiones ordinarias y 7 extraordinarias.	X	
			Desarrollo de actividades con la Asociación de Usuarios	Porción de Actividades realizadas con el cliente externo. (No. De actividades realizadas con la Asociación de usuarios sobre No. Actividades programadas).	80%	ND	1. Establecer cronograma de Actividades con la asociación de usuarios. 2. Cumplimiento del Cronograma	SIAU	Se han realizado reuniones con la asociación de usuarios, asesorías técnicas con apoyo de la oficina de participación ciudadana. Se programaron 7 reuniones para la vigencia de las cuales se realizaron 6 con la Asociación de Usuarios, obteniendo un resultado del 85%.	X	
			Rendición de Cuentas	Porcentaje de Cumplimiento de las actividades para la rendición de Cuentas. (No. De Actividades realizadas sobre No. De actividades planeadas)	100%	100%	1. Realizar convocatorias. 2. Establecer reglamento. 3. Realización de informe general y presentación de rendición de cuentas. 4. Evaluar el nivel satisfacción de la comunidad participante en la RC.	Gerencia	En la vigencia 2022, la rendición de cuentas se realizó de forma presencial en el auditorio Luz Palma del Hospital San Antonio de Roldanillo con una asistencia de 47 personas presenciales, la convocatoria se realizó a través de las redes sociales y pagina web de la entidad, igualmente se publicó el reglamento. Durante la transmisión en vivo por FACEBOOK LIFE se contó con una audiencia de 21 personas a la fecha el video de la audiencia ha tenido 462 reproducciones y 5 comentarios.	X	

Gestión I	Gestión de la Comunicación	Garantizar la Transparencia y el Acceso de la Información	Medios Tecnológicos para la Difusión de la Información	Porcentaje de Cumplimiento de Actividades Programadas en el Plan de Comunicación.	80%	ND	1. Revisión y Actualización del Plan de Medios. 2. Documentación de Estrategias de Comunicación de acuerdo a las Necesidades y a los Tipos de Clientes Internos y Externos. 3. Contratación Campañas de Promoción en Salud.	Sistemas	De acuerdo a las necesidades de los clientes internos y externos el Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo realizó las respectivas actualizaciones del plan de medios y a su vez se establecieron nuevas estrategias de comunicaciones.	X	
			Ejecución de la Estrategia Gobierno en Línea	Porcentaje de ejecución Plan de Implemetación de Gobierno en Línea. No de actividades ejecutadas sobre No. De actividades priorizadas en el plan.	80%	ND	1. Elaborar el plan de Implemetacion de Gobierno en Línea. 2. Ejecucion de las actividades del plan de implemetación de gobierno en línea.	Sistemas	Para el año 2023 el Hospital San Antonio de Roldanillo implemento programa piloto para el cambio en el protocolo de IPV4 a IPV6, se llevo a cabo un diagnostico y este arrojó que un 40% de los equipos no identifica este nuevo protocolo, es por eso que la entidad a venido realizando compras de nuevos equipos que soportan el nuevo protocolo.	X	
			Transparencia y Acceso a la Información.	Porcentaje de seguimiento a la Implementación de Ley de Transparencia y Acceso a la Información.	90%	96%	1. Actualización constante del link de Transparencia en la pagina web de la entidad. 2. Rendición del informe anual del Índice de Teaparencia y Acceso a la información	Subgerencia Administrativa y Financiera - Sistemas.	En el 2023 se a realizaron 49 actualizaciones en la pagina web y a traves de la circular de la Procuraduria General de la Nación se llevo a cabo la rendición del informe de Índice de Transparencia y Acceso a la Información.	X	
	Manejo Ambiental	Desarrollar programas de manejo ambiental en caminados al control, prevención y mitigación del impacto generado por los servicios de salud.	Realización de Campañas de gestión Ambiental	Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Manejo Ambiental.	90%	100%	1. Diagnosticar la necesidad de requisitos y normas del sistema de gestión ambiental a intervenir (basado en verificación del cumplimiento Institucional en los requisitos) 2. Plan de intervención sobre los requisitos requeridos 3. Ejecución del plan de intervención 4. Capacitación al recurso humano sobre el plan de gestión ambiental implementado	Servicios Generales - Mantenimiento.	En el año 2023 se programaron 48 capacitaciones de las cuales se cumplieron 45 obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 93% entre las capacitaciones que se realizaron se encuentra código de colores, manejo de productos químicos, buenas practicas de limpieza, manejo de residuos, socialización del PGIRASA, etc.	X	