



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	DIRECCIÓN		
SUBPROCESO:	PLANEACIÓN		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	JHONATAN SOLANO CARRILLO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD-CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE					
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
001	Elaboración del Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano	P	Plan de Desarrollo	Jhonatan Solano Carrillo	Publicación del Plan en Página WEB Resolución de Aprobación	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
002	Definición de la estrategia de Rendición de Cuentas para la Vigencia 2022	P	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Jhonatan Solano Carrillo	Plan de Rendición de Cuentas Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
003	Realizar consolidación del Plan de Acción Institucional de Acuerdo al Decreto 612 de 2018	P	MIPG	Jhonatan Solano Carrillo	Publicación del Plan en Página WEB Resolución de Aprobación	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
004	Realizar Actualización del Plan bienal de Inversiones Vigencia 2022-2023	P	Gestión del riesgo	Jhonatan Solano Carrillo	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO			1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
005	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del proceso de Planeación	P	Gestión del riesgo	Jhonatan Solano Carrillo	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO		1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
006	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Jhonatan Solano Carrillo	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
007	Actualización de documentación del Subproceso de Planeación	H	Gestión Documental	Jhonatan Solano Carrillo	Revisión actualización de documentos del subproceso: * Caracterización de Usuarios y Grupos de Interés. * Manual de Administración del Riesgo	PROGRAMADO		1	0%	1	0%										2	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
008	Realizar ejecución de la estrategia de rendición de Cuentas	H	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de rendición de Cuentas	PROGRAMADO					1	0%									1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
009	Actualización y Capacitación a líderes de subprocesos en Manual institucional de identificación de riesgos que involucre accesibilidad a la prestación de servicios de salud.	H	PAMEC	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO		1	0%		1	0%				1	0%			1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0
010	Realizar Formulación y presentación de Proyectos de Inversión: *Equipos Biomédicos para la Unidad de Cuidado Intensivos. *Construcción de la Infraestructura física de la nueva Urgencias. *Construcción de la Infraestructura física la Nueva UNAP y Centro de rehabilitación.	H	Plan de Desarrollo	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO						1	0%							1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0
011	Presentar informe de cumplimiento del Plan de Gestión 2021 a la Junta directiva	V	Resolución 408	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO				1	0%										1	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
012	Realizar Seguimiento al cumplimiento del Plan de Gestión 2022	V	Resolución 408	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Comité de Gestión y desempeño	PROGRAMADO			1	0%						1	0%				2	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
013	Presentar informe de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2021 a la Junta directiva	V	Plan de Desarrollo	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO				1	0%				1	0%				1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION		
SUBPROCESO:	GESTION DE LA CALIDAD		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	JESUS TORRES SANDOVAL		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	???????		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE		
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META	
001	Elaboración del plan de acción	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	APNER, JESUS TORRES / PROFESIONALES DE APOYO	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
002	Solicitar a líderes de proceso de Gestión del ambiente físico y la tecnología formulación del plan de mantenimiento hospitalario y consolidarlos en los formatos descritos por UAESA	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Plan de mantenimiento hospitalario con sus respectivos anexos.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
003	Informe a Supersalud, informe financiero de asignación y ejecución de los recursos en mantenimiento hospitalario vigencia 2021 y planeación asignación de recursos para vigencia 2022.	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Informe a supersalud con sus respectivos anexos, correo electrónico de envío.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
004	Realizar informe ciclo PAMEC de la vigencia anterior (2021) y reporte del mismo a UAESA Oficina de gestión SOGCS. (Informe con soportes de ejecución).	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Informe PAMEC 2021 y soporte de correo	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
005	Informe consolidado de los reporte de indicadores de monitoreo de la calidad, correspondiente al primer, segundo, tercer, cuatro trimestre del 2021, enviado a UAESA Oficina de gestión SOGCS.	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Informe y correo electrónico de envío a UAESA.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
006	Informe porcentaje de ejecución de las estrategias de mejoramiento con base en el resultado del análisis, enviado a UAESA Oficina de gestión SOGCS.	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Informe y correo electrónico de envío a UAESA.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
007	Informe para Control interno actividades desarrolladas vigencia 2021	V	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Autoevaluación de estándar acreditación Resolución 5095 de 2018, Pamec vigencia 2021, Seguimiento acciones PAMEC 2021, Auditoría de condiciones de habitación, seguimiento a planes de mejoramiento derivados de auditorías, informe de atención a auditorías externas SOGCS, seguimiento planes de mejora auditoría y comités institucionales, seguimiento a indicadores normativos.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
008	Entrega productos de ejecución actividad plan de desarrollo institucional: Matriz única indicadores y manual de indicadores, caracterizaciones realizadas 2021, 2022	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Productos plan de desarrollo institucional: Matriz única de indicadores y manual de indicadores.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
009	Gestión de las necesidades del subproceso.	P	Plan de Compras	Coordinador de Subproceso	Solicitud de insumos papetería, elementos bioseguridad.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
010	Apoyo a formulación plan de formación continua de Subdirección de teletrabajo humano	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Formato necesidades formación continua generales y específicas	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
011	Acompañamiento formulación plan de acción del subproceso gestión de la seguridad del paciente y humanización de los servicios.	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Acta de reunión y plan de acción aprobado	PROGRAMADO EJECUTADO	2 0	0%											2 0	0%	100%
012	Socialización a líderes de subprocesos los formatos, plan de acción para vigencia 2022, formato seguimiento de indicadores, seguimiento a plan de mejoramiento continuo, y formación continua.	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Formato de asistencia, registro fotográfico	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
013	Consolidar planes de acción de subprocesos y entrega a Planeación.	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Actas de reunión y planes de acción aprobados	PROGRAMADO EJECUTADO	48 2	4%											48 2	4%	100%
014	Definición de indicadores propios del subproceso de gestión de la calidad	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	APNER, JESUS TORRES / PROFESIONALES DE APOYO	Definición indicadores de gestión de la calidad.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
015	Definición de indicadores para los subprocesos institucionales (48 Subprocesos)	P	SEGUIMIENTO Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	APNER, JESUS TORRES / PROFESIONALES DE APOYO	Indicadores definidos de acuerdo a matriz única de indicadores	PROGRAMADO EJECUTADO	48 0	0%	1 0	0%									49 0	0%	100%
016	Identificación de riesgos y oportunidades de subproceso gestión de la calidad.	P	POLÍTICA DE LA GESTIÓN DEL RIESGO	APNER, JESUS TORRES / PROFESIONALES DE APOYO	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO	0 0		1 0	0%									1 0	0%	100%
017	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	GESTION DOCUMENTAL	Coordinador de Subproceso	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%									1 0	0%	100%
018	Definir actividades formación continua propias del subproceso	P	PROGRAMA DE FORMACION	Coordinador de Subproceso	Cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones) *Aprendizaje institucional 2021 *Sistema Único de Acreditación *Sistema única de habitación *Plan de Auditorías para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)	PROGRAMADO	1	0%	1	0%									2	0%	100%

ID	Gestión de la calidad.	Tipo	CONTINUA	Responsable	Descripción de actividades	Indicadores de Seguimiento																			C	R	%		
						EJECUTADO	1	0%	1	0%																			
	gestión de la calidad.		CONTINUA		*Sistema de información para la calidad * Indicadores (Manual único de indicadores) *Plan de Acción institucional *Caracterización de subprocesos *Análisis de Riesgo	EJECUTADO																			0				
019	Acompañamiento en la definición de actividades formación continua para los subprocesos institucionales	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Coordinador de Subproceso	Cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones) Plan de capacitación de cada subproceso	PROGRAMADO	1	0%	1	0%															2	0%	100%		
020	Actualización documental propias del subproceso gestión de la calidad, organización listado maestro institucional para migración de nuevos códigos	H	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	12	0%	100%	
021	Retoolimentación del informe PAMEC 2021 de la vigencia anterior 2021 (aprendizaje organizacional)	A	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	*Estandarización de procesos prioritarios *Actualizaciones de los procesos prioritarios *La adquisición de estándares de seguimiento permanente la retoolimentación a toda la organización (Aprendizaje organizacional), Formato de asistencia, registro fotográfico.	PROGRAMADO	1	0%																	1	0%	100%		
022	Definir PAMEC vigencia 2022 (continuidad a la ruta crítica): AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES NO INTERVENIDOS VIGENCIA 2021, SELECCIÓN PROCESOS A MEJORAR ESTÁNDARES, PRIORIZACIÓN).	P	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Hoja Radar intervenida con líderes de subprocesos, informe autoevaluación.	PROGRAMADO	1	0%																	1	0%	100%		
023	Definir PAMEC vigencia 2022 (continuidad a la ruta crítica): FORMULACIÓN DE ACTIVIDADES PAMEC	P	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Documento aprobado	PROGRAMADO	1	0%		0						0									1	0%	100%		
024	Seguimiento al cumplimiento y avances en las acciones de mejora establecidas en PAMEC vigencia 2022	P	Plan del SIG	Coordinador de Subproceso	Seguimientos realizados/ actas de reunión de seguimiento y acompañamiento a líderes. Consolidación de productos y soportes.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	12	0%	100%	
025	Seguimiento planes de mejoramiento derivados de auditorías realizadas en la vigencia 2021	P	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Actas de reunión a seguimientos de planes de mejora No seguimientos/ total de procesos auditados x 100. (Total servicios auditados en 2021=16).	PROGRAMADO	0		8	0%	8	0%				0										16	0%	100%	
026	Realizar auditoría de cumplimiento de condiciones de habilitación de los servicios de acuerdo a lo estipulado en plan auditoría aprobado. Servicios no auditados en vigencia 2021	H	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Informes de Auditorías por Subprocesos: Unidad de cuidado crítico, servicio de terapias, consulta complementaria: especializada, telemedicina, nutrición, psicología, optometría, audiológica).	PROGRAMADO	0				4	0%	4	0%			0									8	0%	100%	
027	Realizar auditoría de cumplimiento de condiciones de habilitación de los servicios de acuerdo a lo estipulado en plan auditoría aprobado. Servicios con anteriores auditorías	H	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Subproceso: gestión del riesgo en salud, consulta general médica, consulta general odontología, radiología odontológica, internación adulto, internación pediátrico, internación neonatal, obstetricia y atención del parto, urgencias y procedimientos, referencia y contrareferencia, cirugía, esterilización, laboratorio clínico y toma de muestra, imágenes diagnósticas, banco de sangre y servicio.	PROGRAMADO				0						8	0%	8	0%								16	0%	100%
028	Seguimiento planes de mejoramiento derivados de auditorías internas realizadas 2022.	P	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Actas de reunión a seguimientos de planes de mejora No seguimientos/ total de procesos auditados x 100. (Total servicios auditados en 2021=16).	PROGRAMADO	0		0		0					0		8	0%	8	0%						16	0%	100%
029	Realizar autoevaluación del Sistema Único de Acreditación de acuerdo a la Resolución 1328 del 2021 por la cual se adoptan estándares de acreditación para instituciones prestadora con énfasis en servicios de baja complejidad.	H	SOGCS	Coordinador de subproceso o Designado	Informe de Autoevaluación / Hoja radar	PROGRAMADO			1	0%																1	0%	100%	
030	Documentar y/o preparar para la Certificación a la Unidad de Atención primaria en sistemas integrados de gestión bajo normatividad internacional ISO 9001	P	plan de desarrollo institucional	Coordinador de subproceso o Designado	Documentación asociada a la certificación	PROGRAMADO				1	0%	1	0%													2	0%	100%	
031	Definir los pasos para implementación y certificación de la norma ISO 9001, que se realizarán durante la vigencia 2022 en la Unidad de Atención primaria	P	plan de desarrollo institucional	Coordinador de subproceso o Designado	1. Análisis y diagnóstico 2. Documentación y diseño 3. Capacitación 4. Implementación 5. Auditorías internas y correcciones	PROGRAMADO				1	0%	1	0%													2	0%	100%	
032	Apoyo y asesoría en la formulación de la caracterización de los subprocesos faltantes	P-A	Sistemas integrados de gestión	Coordinador de subproceso o Designado	% de avance en subprocesos caracterizados	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%												3	0%	100%	
033	Articulación con alta gerencia para llevar a cabo mesas de trabajo que surjan de acuerdo a la necesidad institucional.	P-A	Sistemas integrados de gestión	Coordinador de subproceso o Designado	Actas de Reunión	PROGRAMADO				1	0%				1	0%			1	0%				1	0%		4	0%	100%
034	Reporte de indicadores para el monitoreo de la calidad, trimestral	H	SOGCS	Coordinador de subproceso o Designado	Informe y correo electrónico de envío a EAPB y UAESA	PROGRAMADO				1	0%				1	0%								1	0%		4	0%	100%
035	Atender visitas de auditoría externas del SOGCS	H	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Informes de auditoría externas	PROGRAMADO				1	0%				1	0%			1	0%						3	0%	100%	
036	Elaborar planes de mejora derivados de auditorías externas del SOGCS.	H	SOGCS	EQUIPO GESTIÓN DE LA CALIDAD	Planes de mejora y actas de reunión y gestión	PROGRAMADO				1	0%				1	0%										3	0%	100%	
037	Gestión y Seguimiento a reportes de Producto NO conforme (incluye servicios) identificados a nivel institucional	H	Plan del SIG	Coordinador de subproceso o Designado	Análisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO																				0	0		
038	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de	H	Plan del SIG	Coordinador de subproceso o	Análisis de causas y definición de Acciones correctivas	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	11	0%	100%	

039	Gestión y Seguimiento a las actividades plan de mantenimiento Hospitalario (preventivo, correctivo).	H	SOGCS	Coordinador de subproceso o Designado	Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento Correo de solicitud de mantenimiento y Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados	EJECUTADO														0		100%		
						PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO															3	0%	100%	
040	Realizar seguimiento evaluación o apoyo a la evaluación de colaboradores, proveedores y contratistas.	H	Plan del SIG	Coordinador de subproceso	Evaluación de proveedores, contratistas, funcionarios diligenciada Informes de supervisión de contratos (si aplica)	PROGRAMADO															1	0%	100%	
						EJECUTADO																0	0%	100%
041	Acompañamiento para actualización, seguimiento y ejecución de los comités institucionales	H	Plan del SIG	Coordinador de subproceso	Seguimiento institucional	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO																0	0%	100%
042	Realizar seguimiento a la adherencia a procedimientos, protocolos, guías de manejo clínico, etc. de los subprocesos	H	Seguridad del paciente Plan del SIG	Coordinador de subproceso	Listas de chequeo diligenciadas Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO																0	0%	100%
043	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso	H	Seguridad del paciente Plan del SIG	Coordinador de subproceso	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO																0	0%	100%

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN		
SUBPROCESO:	GESTIÓN AMBIENTAL		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	DIANA SANCHEZ		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE			
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META		
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Diana Sanchez	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0% 0%											1 0	0% 0%	100%	
002	Definición de indicadores del subproceso Gestión ambiental	P	Sistema integrado de gestión	Diana Sanchez	Manual único de indicadores (incluír 3 indicadores) Tablero de indicadores (incluír 3 indicadores)	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0% 0%										1 0	0% 0%	100%	
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión ambiental	P	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0% 0%										1 0	0% 0%	100%	
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Diana Sanchez	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0% 0%										1 0	0% 0%	100%	
005	Actualización de documentación del subproceso de gestión ambiental	P	Gestión Documental	Diana Sanchez	Revisión actualización de los siguientes documentos del subproceso: - Manual Para El Manejo De Residuos Generados En Las Diferentes Actividades Realizadas Por Los Procesos De La E.S.E Hospital Del Sarare – anexo 02 • Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la atención en salud y otras actividades. - PGIRASA • Plan de manejo para evitar la falsificación de las vacunas contra covid-19 por medio de los residuos generados – anexo 01 • Plan de austeridad y gestión ambiental • Programa de conservación de medio ambiente institucional de la E.S.E Hospital del Sarare del municipio de Saravena del departamento de Arauca • Programa de reciclaje institucional • Programa de uso eficiente y ahorro del agua • Programa de uso eficiente y ahorro de energía • Programa de cultura ecológica institucional • Plan De Manejo De Residuos Area De Expansión – Acciones De Contingencia De La E.S.E Hospital Del Sarare • Programa De Control Integral De Manejo De Plagas En La E.S.E Hospital Del Sarare Formatos internos de proceso de gestion ambiental	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0% 0%		1 0	0% 0%									2 0	0% 0%	100%
006	Elaboración Documental: Sistema globalmente armonizado	H	Gestion documental	Diana Sanchez Dra. Addy yazmin vargas	Elaboración documental de: Sistema globalmente armonizado, Registro De Productos Químicos Utilizados En La E.S.E Hospital Del Sarare, Gaceta Química	PROGRAMADO EJECUTADO									1 0	0% 0%			1 0	0% 0%	100%	
007	Implementar programa de cultura ecológica institucional	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Sanchez	Informe semestral	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	0% 0%						1 0	0% 0%	2 0	0% 0%	100%
007	Implementar programa de reciclaje institucional	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Sanchez	Informe semestral	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	0% 0%						1 0	0% 0%	2 0	0% 0%	100%
007	Implementar programa de uso racional de recursos ambientales (luz, agua, etc).	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Sanchez	Informe semestral	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	0% 0%						1 0	0% 0%	2 0	0% 0%	100%
007	Implementar programa de conservación del medio ambiente institucional	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Sanchez	Informe semestral	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	0% 0%						1 0	0% 0%	2 0	0% 0%	100%
007	Realizar campañas educativas para la adecuado segregación y disposición de los residuos hospitalarios dirigido a personal del servicio de cirugía y urgencias.	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Sanchez	Informes de capacitación No personal capacitado/ total de personal que conforma los servicios de cirugía y urgencias	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	0% 0%						1 0	0% 0%	2 0	0% 0%	100%

008	Definir actividades formación continua propias del subproceso gestión ambiental	P	Programa de formación continua	Diana Sanchez	Cronograma de capacitación, soportes de ejecución	PROGRAMADO										1	0%															2	0%	100%								
						EJECUTADO																														0						
009	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso gestión ambiental	H	Sistema integrado de gestión	Diana Sanchez	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO										1	0%														1	0%					4	0%	100%			
						EJECUTADO																																0				
010	Realización de comités de gestión ambiental trimestralmente	H	Sistema integrado de gestión	Diana Sanchez	Actas de reunión y registro fotográfico.	PROGRAMADO											1	0%														1	0%					4	0%	100%		
						EJECUTADO																																		0		
011	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc).	WA	Sistema integrado de gestión	Diana Sanchez	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO										1	0%																1	0%					3	0%	100%	
						EJECUTADO																																			0	
012	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso gestión ambiental	VIA	Sistema integrado de gestión	Diana Sanchez	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO											1	0%																1	0%					4	0%	100%
						EJECUTADO																																				0



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01

PROCESO	GESTIÓN DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES		
SUBPROCESO:	SUBPROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	ELIANA GELVES GARCIA		
FECHA DE ELABORACIÓN	25/01/2022	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN			

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0	0	0	0

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE							
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META		
							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
001	Adquirir e Implementar Sistema de Gestión Electrónico de Documentos de Archivo acorde a las necesidades de la Entidad.	P	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	LIDER GESTIÓN DE LAS TIC'S COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	SISTEMA DE GESTIÓN ELECTRÓNICO DE DOCUMENTOS DE ARCHIVO	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	25	0	50	100	0	0%	100%
						EJECUTADO																				
002	Elaborar e Implementar las Tablas de Control de Acceso	P	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	TABLAS DE CONTROL DE ACCESO Y SU RESPECTIVO ACTO DE APROBACIÓN	PROGRAMADO	0	0	0	25	0	25	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0%	100%
						EJECUTADO																				
003	Elaborar y Actualizar los programas específicos establecidos en el Programa de Gestión Documental	P	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	LIDER GESTIÓN DE LAS TIC'S TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	PROGRAMAS ESPECIFICOS ACTUALIZADOS	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	50	100	0	0%	100%	
						EJECUTADO																				
004	Establecer las necesidades y prioridades de mantenimiento, reparación o renovación que requieren las instalaciones	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	FORMATO SOLICITUD SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0%	100%	
						EJECUTADO																				
005	Socialización del procedimiento de control documental y	H	PLAN DE AUDITORIA PARA EL	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO	FORMATO ASISTENCIA A	PROGRAMADO	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0%	100%		

000	registros de archivos a líderes de subprocesos	H	MEJORAMIENTO CONTINUO	CENTRAL	CAPACITACIONES	EJECUTADO					100%								0	100%	100%	
005	Identificar las necesidades de mantenimiento en el archivo central e Histórico, con el fin de ser presentadas a la Alta Gerencia del Hospital del Sarare.	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	SOLICITUD DE NECESIDADES	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0%	80%
						EJECUTADO													0	0%		
007	Realizar levantamiento de Actas de eliminación a los documentos que ya cumplieron el ciclo vital y que tienen como disposición final: Eliminación según lo establecido bajo el Acuerdo 004 de 2019	H	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	LIDER GESTION DE LAS TIC'S COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	REGISTRO ACTAS DE COMITÉ DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0%	100%
						EJECUTADO													0	0%		
008	Capacitar a los funcionarios de la entidad en temas relacionados con la producción documental, socializando puntualmente la Guía de Elaboración de documentos	H	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	REGISTRO CAPACITACIÓN	PROGRAMADO	0	0	0	50	0	0	0	0	50	0	0	0	100	100	0%	100%
						EJECUTADO				0%					0%				0	0%		
009	Capacitación Reconocimiento e importancia del Programa Sistema Integrado de Conservación Documental.	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	REGISTRO ASISTENCIA A CAPACITACION	PROGRAMADO	0	0	0	50	0	0	0	0	50	0	0	0	100	100	0%	100%
						EJECUTADO				0%					0%				0	0%		
010	Actualizar series y cuadros de clasificación documental acorde a la nueva estructura Orgánica.	H	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	TABLAS DE RETENCION DOCUMENTAL ACTA DE GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE ACTUALIZACIÓN TRD	PROGRAMADO	25	25	25	20	5	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0%	80%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%							0	0%		
011	Realizar digitalización a los Documentos Históricos.	H	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	TECNICO Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DOCUMENTOS DIGITALIZADOS	PROGRAMADO	0	0	0	10	10	10	10	10	20	10	10	10	100	100	0%	100%
						EJECUTADO				0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
012	Realizar seguimiento y control de conformidad a la normatividad vigente respecto al cumplimiento de los tiempos de respuestas de las solicitudes de los grupos de valor.	H	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	AUXILIARES ADMINISTRATIVOS UNIDAD DE CORRESPONDENCIA	CONTROL DE RECORDATORIOS A COMUNICACIONES PENDIENTES POR CONTESTAR REGISTRO DE COMUNICACIONES OFICIALES ENTREGADAS	PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
013	Realizar Préstamo oportuno de los documentos a los responsables de archivos de Gestión.	H	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	REGISTRO DE CONTROL PRESTAMO DE DOCUMENTOS	PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
014	Realizar seguimiento y control de conformidad a la normatividad vigente a los archivos de Gestión mediante la implementación del Formato F23 Y F26.	H	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	SEGUIMIENTO Y CONTROL EN EL MANEJO BASICO DE ARCHIVO A LOS DOCUMENTOS DE GESTION CONTROL INVENTARIO DOCUMENTAL ARCHIVOS DE GESTION	PROGRAMADO	0	0	25	0	0	25	0	0	25	0	0	25	100	100	0%	80%
						EJECUTADO			0%			0%			0%				0	0%		
015	Implementar y verificar el cumplimiento del cronograma de transferencias primarias(archivo de gestión al central), mediante el Formato único de Inventario documental.	H	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	PROGRAMA PLAN CRONOGRAMA DE TRANSFERENCIAS R07	PROGRAMADO	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	100	100	0%	100%
						EJECUTADO			0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
016	Revisión periódica de las instalaciones físicas de los archivos y los sistemas de almacenamiento (presencia de humedad, hongos, grietas, fisuras e inclinaciones en pisos, muros, techos y puertas)	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION	AUXILIAR Y TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	CHEQUEO PLANTA FISICA	PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
017	Limpieza y desinfección General, en los depósitos de archivo central e histórico. (implica mover, y aspirar en seco las cajas)	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION	AUXILIAR SERVICIOS BASICOS	CONTROL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION LISTA DE CHEQUEO	PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
018	Distribución estratégica de trampas de raton con cebo en las instalaciones de archivo central e Histórico.	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACION	AUXILIAR Y TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	REGISTROS FOTOGRAFICOS	PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%
						EJECUTADO		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%		
						PROGRAMADO	7	7	7	7	7	15	7	7	7	7	7	15	100	100	0%	100%

019	asegurar las respectivas mediciones de temperatura, humedad y luz en los depósitos de archivo .	H	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y TECNICO ARCHIVO CENTRAL	REGISTRO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD	EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	100%
020	Verificar las series documentales que ya cumplieron su ciclo vital en el Archivo Central de la entidad.	V	PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVO	LIDER GESTIÓN DE LAS TIC'S LIDERES DE SUBPROCESOS	REGISTRO DE INVENTARIO DOCUMENTALES	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	10	15	15	15	10	35	0	0	100	0%	100%
					REGISTRO DE INVENTARIOS DOCUMENTALES	EJECUTADO																
021	Implementar y verificar el cumplimiento del Plan Institucional de Archivos - PINAR	V	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	TECNICO ADMINISTRATIVO	REGISTRO PLAN DE ACCIÓN	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	50	100	0%	0%	80%
					EJECUTADO																	0
022	Monitorear el cumplimiento del Programa de Gestión Documental.	V	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	TECNICO ADMINISTRATIVO	REGISTRO PLAN DE ACCIÓN	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	50	100	0%	0%	100%
					EJECUTADO																	0
023	Seguimiento y control al cumplimiento de lo establecido en el SIC.	V	PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL	TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	REGISTRO PLAN DE ACCIÓN	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	50	100	0%	0%	100%
					EJECUTADO																	0
024	Inspeccionar tomas eléctricas y cableado en los depósitos de archivo central e Histórico	V	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	ACTIVIDADES REALIZADAS MANTENIMIENTO PROGRAMADO ELECTRICICO	PROGRAMADO	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	50	0	0	100	0%	100%
					EJECUTADO																	0
025	Inspeccionar el estado de conservación de estantería y archivadores, puertas de los depósitos de archivo central e Histórico.	V	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	DE TECNICO ADMINISTRATIVO ARCHIVO CENTRAL	FORMATO DE INSPECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO INSTALACIONES FISICAS	PROGRAMADO	0	0	0	0	50	0	0	0	0	0	0	50	100	0%	0%	100%
					EJECUTADO																	0
026	Inspeccionar los depósitos con el fin de evitar las posibles fugas de agua .	V	SISTEMA INTEGRADO DE CONSERVACIÓN	DE OPERARIOS DE MANTENIMIENTO	FORMATO SOLICITUD SERVICIOS DE MANTENIMIENTO.	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100	0%	0%	100%
					EJECUTADO																	0



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA	
SUBPROCESO:	JURÍDICA	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	JIMMY RANGEL SOTO	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022	

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD-CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE								
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META							
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						
001	Definir y Contratar las Pólizas para el amparo del Hospital del Sarare, en marco de la póliza de defensa jurídica.	P	Política de Defensa Jurídica	Jimmy Rangel	Contratación de Pólizas que amparen los bienes de la institución, así como las que amparan la responsabilidad civil extracontractual.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%													2	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	0%
002	Realizar la Contratación de un abogado externo, como apoyo en la representación Judicial de los Procesos que se encuentran en Curso contra la entidad.	P	Política de Defensa Jurídica	Jimmy Rangel	Contrato de Prestación de Servicios por el tiempo definido por la oficina Jurídica.	PROGRAMADO	1	0%															1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	0%
003	Realizar seguimiento a la revisión de listas restrictivas cada vez que se realice un contrato.	H	Mapa de Riesgos de Corrupción	Jimmy Rangel	Lista de Chequeo que contenga la verificación de requisitos, como la verificación de proveedores en Listas restrictivas.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					
004	Realizar publicación de los procesos contractuales en los términos dispuestos, en el SECOF y página web de la entidad.	H	Mapa de Riesgos de Corrupción	Jimmy Rangel	Informe de Contratación publicada.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					
005	Realizar Socialización de Manual de Supervisión a los líderes responsables de procesos contractuales	H	Mapa de Riesgos de Corrupción	Jimmy Rangel	Acta de Socialización	PROGRAMADO			1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																					
006	Socializar el Protocolo de responsabilidades y diligenciamiento de consentimiento informado con los especialistas	H	PAMEC	Jimmy Rangel	Acta de Socialización	PROGRAMADO					1	0%						1	0%					2	0%	100%	
						EJECUTADO																					
007	Realizar Socialización a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.	H	PAMEC	Jimmy Rangel	Acta de Socialización	PROGRAMADO												1	0%				1	0%	100%		
						EJECUTADO																					
008	Realizar Informe del Estado de Procesos Judiciales en Contra de la Entidad	V	Política de Defensa Jurídica	Jimmy Rangel	Informes Presentados	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																					
009	Realizar reunión Periodica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales	A	Política de Defensa Jurídica	Jimmy Rangel	Actas de Reunión	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																					

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN ESTRATEGICA DE TALENTO HUMANO	
SUBPROCESO:	GESTIÓN DE DOCENCIA- SERVICIO E INVESTIGACIÓN	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	GERALDINE REAL LOZANO	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022	

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAM A ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE				
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META			
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Geraldine Real Lozano	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
002	Definición de indicadores del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Manual único de indicadores (incluir 3 indicadores) Tablero de indicadores (incluir 3 indicadores)	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Geraldine Real Lozano	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Geraldine Real Lozano	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
005	Actualización de documentación del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión Documental	Geraldine Real Lozano	Revisión actualización de documentos del subproceso: Reglamento Interno del Estudiante	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
006	Elaboración Documental:	H	Gestion documental	Geraldine Real Lozano	Elaboración documental de: Procedimiento de las hojas de vida de los estudiantes.	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%				4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
007	Socializar en el marco del comité docencia servicio los principios éticos a tener en cuenta en prácticas asistenciales y las funciones definidas en la nueva resolución del comité de ética	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Geraldine Real Lozano	Asistencia socialización	PROGRAMADO					1	0%								1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
009	Definir actividades formación continua institucional	P	Programa de formación continua	Geraldine Real Lozano	Cronograma de capacitación, soportes de ejecución	PROGRAMADO		1	0%					1	0%			1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
010	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso gestión docencia servicio e investigación	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																	
011	Participación en reuniones y mesas de trabajo institucionales	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Actas de reunión y registro fotográfico.	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%	
						EJECUTADO																	
012	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc).	VIA	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO			1	0%				1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
013	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso gestión docencia servicio e investigación	VIA	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
014	Realizar comité de Docencia Servicio con la Universidad Nacional de Colombia	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO					1	0%					1	0%	3	0%	100%		
						EJECUTADO																	0

015	Realizar comité de Docencia Servicio con las escuelas de ESEDCO y CEDESCPRO	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO	1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		4	0%	100%						
						EJECUTADO													0	0%							
016	Formular inducción docencia servicio	P	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Documento aprobado, presentación power point, video institucional .	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%						
						EJECUTADO													0	0%							
016	Verificar hojas de vida de los estudiantes que ingresan a realizar practicas a la institucion	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Formato de excel	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%						
						EJECUTADO													0	0%							
017	Consolidar notas mensuales de cada estudiante, entrega a aprobación a subgerencia científica y envio a las universidad Nacional.	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Formato de excel	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
018	Realizar induccion a los nuevos estudiantes que ingresan a la institucion	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Formato de Registro y Control de Asistencia	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
019	Realizar comité de Docencia Servicio con la Universidad de Santander	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
020	Realizar comité de Docencia Servicio insitucional	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO							1	0%									1	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
021	Gestiona con instituciones ofertas educativas (capacitaciones, diplomados, entre otras ofertas)	PIH	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Evidencias convocatoria, inscripción, informe.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%					8	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
022	Seguimiento a Coordinador médico de la supervisión de los medicos internos.	VIA	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
023	Seguimiento a Coordinador de enfermería de la supervisión de auxiliares de enfermería.	VIA	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
024	Recepción y revisión de soportes de practicum del servicio de laboratorio clinico	VIA	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Soportes digitales	PROGRAMADO							1	0%								1	0%	2	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
025	Gestión para publicación de información docencia servicio en pagina web institucional.	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Oficio solicitando informacion a la pagina web de docencia servicio	PROGRAMADO							1	0%								1	0%	2	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
026	Solicitud insumos para el subproceso (papeleria)	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Solicitud descargado de Dinamica	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
027	Realizar informe de Gestion Documental FUID: Control Interno y Docencia Servicio	H	Control interno	Geraldine Real Lozano	Formato de excel	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					4	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
028	Realizar Seguimiento al plan anticorrupcion y atencion al ciudadano	VIH	Control interno	Geraldine Real Lozano	Formato de excel y Publicacion en la Pagina Web	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%				3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
029	Realizar Evaluación por Dependencias : 14 Areas , vigencia 2021	H	Control interno	Geraldine Real Lozano	Publicacion en la Pagina Web	PROGRAMADO	1	0%															1	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
030	Apoyar en la realizacion de las auditorias internas según el cronograma de trabajo del area de control interno	PIH	Control interno	Geraldine Real Lozano	Formato de auditoria	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
031	Realizar seguimineto a las PQRSF y apertura de buzones	VIH	Control interno	Geraldine Real Lozano	Informe trimestral por parte de SIAU	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					3	0%	100%		
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				
032	Seguimiento a la verificacion de la caja menor de la institucion	VIH	Control interno	Geraldine Real Lozano	Formato establecido para la caja menor	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0	0%		0	0%				



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01

PROCESO	GESTIÓN DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES		
SUBPROCESO:	GESTION DE LAS TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES TIC'S E IMAGEN CORPORATIVA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	YANETH MORENO		
FECHA DE ELABORACIÓN	21/01/2022	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0	0	0	0

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO /EVIDENCIA DE	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE										
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META					
							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
001	Identificación de Riesgos de seguridad y privacidad de la información- Mesas de trabajo con líderes procesos y subprocesos	P	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Líderes de subprocesos	Mapa de riesgos Institucional actualizado Acta de gestión y lista de asistencia a socialización	PROGRAMADO			15	0%	15	0%	15	0%	3	0%									48	0%	80%		
						EJECUTADO																							0
002	Análisis de vulnerabilidades de seguridad y privacidad de la información	P	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Líderes de subprocesos	Mapa de riesgos Institucional actualizado Acta de gestión y lista de asistencia a socialización	PROGRAMADO										1	0%									1	0%	100%	
						EJECUTADO																							
003	Evaluación del riesgos	P	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Líderes de subprocesos	Mapa de riesgos Institucional actualizado Acta de gestión y lista de asistencia a socialización	PROGRAMADO										1	0%									1	0%	100%	
						EJECUTADO																							
004	Definición de estrategias para el tratamiento de los riesgos	P	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Comité de gestión y desempeño	Mapa de riesgos y definición del Plan de tratamiento de los riesgos identificados Aprobado. Acto administrativo	PROGRAMADO											1	0%								1	0%	100%	
						EJECUTADO																							
005	Implementación de acciones de control de los riesgos definidos en los planes de tratamiento de riesgos (Ver mapas de riesgos)	H	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Líderes de procesos/subprocesos	Evidencias de gestión de acuerdo a las actividades propuestas.	PROGRAMADO											1	0%								1	0%	100%	
						EJECUTADO																							
006	Seguimiento y monitoreo de la implementación de los controles definidos en los planes de tratamiento de riesgos definidos (Mapa de riesgos)	V	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Asesor de Planeación	Evidencias de gestión de acuerdo a las actividades propuestas. Informe de seguimiento del plan de tratamiento de datos.	PROGRAMADO												1	0%								1	0%	100%
						EJECUTADO																							
007	Definición de planes de mejora	A	Política de administración del riesgo/ Política de seguridad de la información	Yaneth Moreno-Líder de gestión de las TIC'S /Comité de gestión y desempeño	Plan de mejoramiento y seguimiento Acta de gestión del comité de gestión y desempeño	PROGRAMADO																				1	0%	100%	
						EJECUTADO																							



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	ESTRATÉGICO	
SUBPROCESO:	GESTIÓN CLÍNICA	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	ANABELIN ORTEGA PARADA	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022	

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE					
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META				
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Ana belin Ortega Parada	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%		
						EJECUTADO																	0	
002	Definición de indicadores del subproceso:	P	Sistema integrad de gestion	Ana belin Ortega Parada	Manual unico de indicadores (Incluir 10 indicadores) Tablero de indicadores (incluir en el tablero)	PROGRAMADO		2	0%	0										2	0%	100%		
						EJECUTADO																	0	
003	Identificación de riesgos y oportunidades del sub proceso de seguridad del paciente	P	Gestión del riesgo	Ana belin Ortega Parada	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%		
						EJECUTADO																	0	
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Ana belin Ortega Parada	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0	
005	Elaboracion de cronograma de actividades del personal de apoyo al programa (Auxiliares de enfermería) de seguridad del paciente	P	Prevision del recurso humano	Ana belin Ortega Parada	Cronograma proyectado mensual.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%	
						EJECUTADO																		0
006	Actualización de documentación del subproceso de seguridad del paciente	H	Gestion documental	Ana belin Ortega Parada	11 guías, procedimientos, protocolo y formatos *Guía de rondas de seguridad del paciente *Guía de custodia de pertenencia de los usuarios *Guía rápida de riesgo de caídas *Procedimiento de reporte y gestión de eventos adversos. *Procedimiento de reaccion inmediata, en caso de evento adverso *Procedimiento de lavado e higienización de manos *Protocolo de investigacion de indicios de acciones inseguras, incidentes y eventos adversos. *Protocolo de prevención de caídas *Protocolo de identificación de pacientes. *Protocolo de prevención de úlceras por presion (piel sana).	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1	0%	100%
						EJECUTADO																		
007	Elaboración Documental: De lista de chequeo de para seguimiento acciones seguras (lista de chequeo de estrategias educativas, rondas de seguridad)	H	Gestion documental	Ana belin Ortega Parada	Formatos - Listas de Chequeo	PROGRAMADO				2	0%									2	0%	100%		
						EJECUTADO																		0
008	Revisión de la documentación transversal de los subprocesos misionales, implícitos para la seguridad del paciente.	H	Gestion documental	Ana belin Ortega Parada	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc.	PROGRAMADO					1	0%								1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0
009	Actualizar e Implementar protocolo de la correcta identificación del paciente y las muestras en laboratorio clínico	H	Gestion documental	Ana belin Ortega Parada	*Actualización del protocolo de identificación de pacientes (incluir identificación de muestras de laboratorio). *Socialización de Protocolo (actas, registros fotograficos, soportes web)	PROGRAMADO					1	0%								1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0
010	Presentar los indicadores de seguridad del paciente (Res. 0256) a las EAPB	H	Programa de seguridad del paciente	Ana belin Ortega Parada	Numero de reportes realizados/Total de reportes a realizar Envío de manera MENSUAL al correo de calidadds2018@gmail.com	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%	
						EJECUTADO																		
011	Presentar los indicadores de seguridad del paciente definidos en la resolución 0256 trimestralmente para ser cargados en la plataforma SISIS de Minsalud	H	Programa de seguridad del paciente	Ana belin Ortega Parada	Numero de reportes realizados/Total de reportes a realizar Envío de manera TRIMESTRAL al correo de calidadds2018@gmail.com	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%		4	0%	100%		
						EJECUTADO																		0

031	Realizar programa radial tu salud al día, bajo la temática de seguridad del paciente	H	Plan de comunicaciones	Ana belin Ortega Parada	Guiones de Radio # de programas realizados/ Total programados planeados	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	1	0%	0	0	0	0	0	0	1	0%	2	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	
032	Gestionar para la adquisición del sistema de llamado de enfermería en los servicios para garantizar condiciones de habilitación y condición seguridad.	H	Sistema integrado de gestión	Ana belin Ortega Parada	Acta de reunión Oficio de solicitud	PROGRAMADO	0	0	1	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	
033	Realizar campaña del lavado de manos en las diferentes áreas de las institución, durante 1 semana en conmemoración al día mundial del lavado de manos.	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Ana belin Ortega Parada	Evidencias fotograficas Registro de asistencia	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	0	0	0	1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	
034	Convocar y dirigir el comité institucional de la política seguridad del paciente.	H	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Ana belin Ortega Parada	Actas de Reunión	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					0
035	Elaboración de boletines de seguridad, como estrategias de aprendizaje organizacional.	H	Programa de formación continua y comunicaciones	Ana belin Ortega Parada	Infogramas, boletín	PROGRAMADO																	1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	

036	Puesta en marcha de la estrategias de puntuación en los colaboradores, con e fin de estimular la cultura de reporte institucional (Descrita en el manual)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Ana belin Ortega Parada	Actas de seguimiento	PROGRAMADO																		1	0%			1	0%	100%					
						EJECUTADO																											0	0%	
037	Realizar mesa de trabajo con los líderes del subproceso con el fin de establecer plan y un cronograma para la realización de las Rondas de Seguridad, que incluya la fecha y hora, el tamaño de la muestra a evaluar y el responsable de la ejecución de la actividad (incluir tematica para familiares y/o cuidadores)	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Ana belin Ortega Parada	Acta de Reunion	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	100%						
					Cronograma de Rondas	EJECUTADO																										0	0%		
038	Monitorizar la seguridad en la atención, realizando búsqueda activa de eventos adversos	VIA	Sistema integrado de gestión	Ana belin Ortega Parada	Bases de datos de búsquedas realizadas	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	2	0%	100%				
					EJECUTADO																											0	0%		
039	Aplicar la herramienta que permite medir la cultura y clima de seguridad del paciente en un servicio priorizado según historial de eventos adversos.	H	Sistema integrado de gestión	Ana belin Ortega Parada	Informe de analisis	PROGRAMADO																			1	0%			1	0%	100%				
					EJECUTADO																											0	0%		
040	Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD (ENFOQUE SEGURIDAD DEL PACIENTE)	VIA	Sistema integrado de gestión	Coordinador de subproceso o Designado	Soporte de participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
					EJECUTADO																												0	0%	
041	Ejecución y seguimiento al cumplimiento de la formación continua	HV	Programa de formación continua	Coordinador de subproceso o Designado	Seguimiento al cronograma del programa de formación continua	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	2	0%	100%				
					Registros de asistencia (física o magnetica) Medición de indicadores eficiencia, efectividad y eficacia del programa y las capacitaciones	EJECUTADO																											0	0%	
042	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso	VIA	Sistema integrado de gestión	Coordinador de subproceso	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	4	0%	100%				
					Informe de resultados y análisis de indicadores	EJECUTADO																										0	0%		
043	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, analisis de contexto, gestion del riesgo, Etc).	VIA	Sistema integrado de gestión	Coordinador de subproceso	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	2	0%	100%				
					Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	EJECUTADO																										0	0%		
044	Verificación de adherencia a procedimientos, protocolos, guías de manejo clínico, etc (priorizando la verificación)	VIA	Sistema integrado de gestión	Coordinador de subproceso	Listas de chequeo diligenciadas	PROGRAMADO																	1	0%			1	0%	3	0%	100%				
					Analisis de causas y definición de Planes de mejora	EJECUTADO																										0	0%		



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	ESTRATÉGICO		
SUBPROCESO:	GESTIÓN CLÍNICA- HUMANIZACIÓN		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	VANESSA LIZARAZO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD-CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA A ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE			
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META		
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Vanessa Lizarazo	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%
						EJECUTADO																
002	Definición de indicadores del subproceso de humanización	P	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Manual único de indicadores (incluir 3 indicadores) Tablero de indicadores (incluir 3 indicadores)	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%
						EJECUTADO																
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de humanización	P	Gestión del riesgo	Vanessa Lizarazo	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%
						EJECUTADO																
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Vanessa Lizarazo	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%
						EJECUTADO																
005	Revisión, actualización, publicación y socialización de la política institucional de humanización con base en la política nacional	P	Programa de Humanización	Vanessa Lizarazo	Política actualizada, publicada. Socializar: indicador de cumplimiento al 80% de líderes (actas)	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%
						EJECUTADO																
006	Actualización de documentación del subproceso de humanización	P	Gestión Documental	Vanessa Lizarazo	Manual del programa de humanización	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%
						EJECUTADO																
007	Formulación documental: Documentar Procedimiento para la implementación de rondas de humanización en los servicios.	H	Plan del SIG	Vanessa Lizarazo	Procedimiento de rondas de humanización aprobado	PROGRAMADO				1	0%									1	0%	100%
						EJECUTADO																
008	Desarrollar 3 actividades lúdicas: infantes, adolescentes y usuarios de tercera edad para humanización de los servicios	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Vanessa Lizarazo	Informes, registro fotográfico	PROGRAMADO				1	0%			1	0%	1	0%			3	0%	100%
						EJECUTADO																
009	Educar a los usuarios en derechos, deberes y rutas de atención. En articulación con líder de SIAU.	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Material didáctico, Registro fotográfico, Listas de asistencia	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO																
010	Formar un equipo interdisciplinar con sentido y compromiso de humanización (Subgerente Científico, Coordinador médico, coordinador de enfermería, líder de SIAU, líder de seguridad del paciente, líder de rehabilitación, líder de la UNAP, referente de salud laboral, representante de calidad) que a través de rondas identifique y promueva la calidad de la atención.	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Actas de la ronda y registro fotográfico	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%		4	0%	100%
						EJECUTADO																
011	Articulación de humanización con seguridad del paciente para promover la formación de multiplicadores de la política de seguridad del paciente y humanización bajo la estrategia de formación de forjadores de un hospital seguro y humano	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Actas y registro fotográfico (Líderes y referentes administrativos y asistenciales)	PROGRAMADO		1	0%								1	0%		2	0%	100%
						EJECUTADO																
012	Fortalecimiento del trato humanizado a los colaboradores a través de campañas de socialización y sensibilización del decálogo (saludo, presentación y buen trato).	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Registro fotográfico y asistencial	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																
013	Encuesta de percepción de satisfacción a los trabajadores, mediante la elaboración de un instrumento articulado con Talento Humano, Salud Laboral y programa de Humanización con el fin de identificar necesidades en	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Encuesta al personal Asistencial y administrativo	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%
						EJECUTADO																

024	Proponer implementación de tecnología para la atención oportuna en la estancia hospitalaria	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Oficio de solicitud, Registro de las asesorías con proveedores	PROGRAMADO							1	0%																									1	0%	100%															
						EJECUTADO																																							0	0%										
025	Integrar al Link de eventos adversos el componente de humanización como evento de notificación y seguimiento	H	Programa de Humanización	Vanessa Lizarazo	Informe de seguimiento a los eventos notificados.	PROGRAMADO						1	0%																																10	0%	100%									
						EJECUTADO																																											0	0%						
026	Socializar a la comunidad el programa de humanización de la institución a través del programa radial tu salud al día.	H	Plan de comunicaciones e imagen corporativa	Vanessa Lizarazo	Guiones de radio	PROGRAMADO								1	0%																																		3	0%	100%					
						EJECUTADO																																														0	0%			
027	Acompañamiento a líder de SIAU en la socialización de informes trimestrales de PQRS para generar plan de mejoras.	H	Sistema integrado de gestión	Vanessa Lizarazo	Registro fotográfico, o copia de asistencia	PROGRAMADO								1	0%																																							4	0%	100%
						EJECUTADO																																																0	0%	



CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

Código	Descripción	Responsable	Categoría	Detalle	Estatus	Cant.	%	Ejecución por trimestre																			Cant. Total	%							
								T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12	T13	T14	T15	T16	T17	T18	T19			T20						
303.22.01.007	contingencia para perdida de electricidad, con los requisitos establecidos para su conformación según MSPS (SV)	H	gestión	Angelica Rivera Rocha	Encendido, registro de mantenimiento preventivo y correctivo	EJECUTADO	0	100%																				0	100%						
008	Gestionar reparación del sistema de elevación de la Unidad de Atención primaria (RIAS)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficios de Solicitud	PROGRAMADO	1	0%																				0	100%						
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
009	Gestionar para eliminar la humedad presente en la red de frio de la unidad de atención primaria (SV)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficios de Solicitud	PROGRAMADO	1	0%																				0	100%						
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
010	Solicitar al subproceso de farmacia ajustar formato RECEPCION TECNICA DE MEDICAMENTOS - DISPOSITIVOS MEDICOS - REACTIVOS - E INSUMOS, con el fin de contar con las variables requeridas en la resolución 3100-2019 (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Formato ajustado	PROGRAMADO	1	0%																				0	100%						
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
011	Documentar semaforización de medicamentos, dispositivos e insumos medicos (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Documento Cronograma Anual de Semaforización	PROGRAMADO	2	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
012	Documentar procedimiento para descontaminación por derrames de sangre o fluidos corporales, y socializar al personal Auxiliar de Enfermería de la UNAP (RIAS-SV, STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado y Soporte de Socialización	PROGRAMADO	0	0%													2	0%								2	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
013	Documentar Reporte y manejo de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización -ESAVI (medición, análisis, reporte, gestión y monitoreo). (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO	0	0%											1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
014	Documentar Seguimiento al sistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI y seguimiento a cohortes. (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Documento	PROGRAMADO	0	0%											1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
015	Documentar Protocolo para la inmunización en casos de urgencia o para víctimas de violencia sexual por medio de la respuesta en red. (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Protocolo	PROGRAMADO	0	0%											1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
016	Actualizar o incluir en el protocolo de vacunación segura, vida fira de los termos (SV)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Protocolo Actualizado	PROGRAMADO	0	0%													1	0%								1	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
017	Realizar Cronograma mensual: Reportar Registro de rutas, horarios y frecuencias de la prestación de los servicios ofertados. (SV y RIAS)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Soporte Cronograma mensuales de los equipos extramurales.	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						
018	Documentar entrada de historias clinicas fisicas al sub proceso de archivo e historias clinicas, en la modalidad intra y extramural (RIAS, STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO	0	0%											1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO	0	0%																				0	100%						



303.22.01

ID	Descripción de la actividad	Tipo	Categoría	Responsable	Detalle de la actividad	Ejecución por trimestre												Total	Avance (%)	Estado					
						T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T10	T11	T12								
019	Documentar procedimiento de uso de una unica historia clinica, incluyendo la apertura de la misma, asi como la entrada de historias clinicas fisicas al sub proceso de archivo e historias clinicas; en la modalidad intra y extramural (RIAS-SV, STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO															1	0%	100%		
						EJECUTADO																			
020	Actualizar procedimiento de demanda inducida, incluir mecanismos que garanticen comunicacion para el seguimiento de los pacientes que lo requieran. (RIAS-STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
021	Documentar condiciones de almacenamiento, conservacion, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos medicos e insumos contenidos en lo de KIT de derrames de medicamentos. (RIAS-SV, STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
022	Gestionar la adquisicion de paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicarlo en un lugar de facil acceso, visible y con adecuada señalizacion, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran. (RIAS)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficio de la gestión realizada, evidencia fotografica	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
023	Crear documento que dé cuenta la conformacion del equipo institucional para la atencion integral en salud para las victimas de violencias sexuales. (RIAS)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Acta de Reunión Oficio de conformación	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
024	Socializar ubicacion del protocolo institucional que orienta la atencion en salud de las victimas de violencias sexuales (RIAS)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	listado de asistencia	PROGRAMADO																	1	0%	100%
						EJECUTADO																			
025	Adecuar Área o ambiente para el almacenamiento de materiales, insumos y reactivos. (STSCU)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Evidencia fotografica	PROGRAMADO																	1	0%	100%
						EJECUTADO																			
026	Gestionar la adquisicion de espejos de diferentes tamanos desechables, ya que la institucion solo cuenta con espejos de tamaño grande. (STSCU)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficio de la gestión realizada	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
027	Gestionar la adquisicion Soporte para fijacion de muestras, asi como barrera fija para dividir area de entrevista, del area de procedimiento. (STSCU)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficio de la gestión realizada	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
028	Documentar controles de calidad internos y externos para la muestras de citologias cervico uterinas (STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
029	Formacion Continua: Socializar al personal del servicio de toma de citologia cervicouterina la importancia de incluir en la historia clinica, nombre de laboratorio que procesa la muestra (STSCU)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	listado de asistencia	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
030	Documentar un mecanismo al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado o calidad de los resultados entregados. (STSCU)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO																1	0%	100%	
						EJECUTADO																			



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

Código	Descripción	Tipo	Programa	Responsable	Actividad	Ejecución												Total	Avance	Estado							
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12										
031	Documentar Orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud (RIAS) Unidades Móviles	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO																		1	0%	100%	
						EJECUTADO																					
032	Formacion Continua:Socializar al personal auxiliar de enfermería el protocolo de limpieza y desinfección (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	listado de asistencia	PROGRAMADO																			1	0%	100%
						EJECUTADO																					
033	Formacion Continua:Capacitar al personal auxiliar de enfermería del primer nivel Protocolo de toma de citología cervicouterina (STSCU)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	Cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones) Actas de socialización	PROGRAMADO																			1	0%	100%
						EJECUTADO																					
034	Formacion Continua: Socializar al personal por servicios (RIAS-SV, STSCU) ubicación de documentos (rutas, protocolos, manuales, procedimientos, planes, formatos y demas)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	listado de asistencia	PROGRAMADO																			1	0%	100%
						EJECUTADO																					
035	Gestionar instalación de barreras de apoyo en baños para personas con movilidad reducida, así como para el apoyo de las escaleras de la unidad móvil urbana (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficios de Solicitud	PROGRAMADO																			1	0%	100%
						EJECUTADO																					
036	Demarcar consultorios con el numero y servicios ofertados, salas de espera, para mejorar accesibilidad al usuario (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Evidencias fotograficas	PROGRAMADO																			1	0%	100%
						EJECUTADO																					
037	Realizar seguimiento al cargue de usuarios a la plataforma del MSPSP pai web (V)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Registro diario Digital	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																					
038	Participar del COVE, Mesas de Coordinación departamental y municipal (RIAS-SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Actas de asistencia, evidencia fotografica	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																					
039	Reportar informe mensual de esquema permanente y vacunacion covid-19 al ente territorial y UAESA (SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Informes esquema permanente y covid-19	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																					
040	Cargar a plataforma procecx informe de seguimiento a cohorte y registro diarios (SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Evidencia cargue exitoso, plataforma procecx	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					
041	Controlar de productividad mensual de los vacunadores de esquema regular y vacunación covid-19 (SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Informe de produccion mensual	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																					
042	Reportar las coberturas mensual de esquema regular pai y covid-19 (SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Informe de produccion mensual	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																					
043	Elaborar plan de acción, planes de choque, contingencias y demas que sean requeridos para la ejecución de jornadas de vacunación (SV)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Plan de acción	PROGRAMADO	1	0%																	4	0%	100%
						EJECUTADO																					
044	Reportar de informacion resolucion 202/2021, modificatorio de la Rs 4506, a EPS: así como el cargue en las diferentes plataformas	H	Sistema integrado de	Angelica Rivera Rocha	Soporte de Camara Fijada de las plataformas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					

CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01		gestion		Angelica Rivera Rocha		Soporte de correo		EJECUTADO		0%																				0	0%																										
045	Reportar de las usuarias sin ningun tipo de afiliación, según resolución 202, al ente territorial (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Documento y Soporte de correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%												
						EJECUTADO																								0	0%																										
046	Reportar del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (sisvan) al ente territorial (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Registro del SISVAN	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%										
						EJECUTADO																								0	0%																										
047	Revisar y ajustar de RIPS (diagnosticos, finalidad, cumplimiento bajo resolución 3280 CUPS) para posterior cargue en la plataforma proceex, para medición de coberturas.(RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo cargado en Proceex, pantallazo cargue exitoso	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%								
						EJECUTADO																								0	0%																										
048	Realizar eguimienta a estimaciones de las EPS contratadas (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo de seguimiento en excel	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%						
						EJECUTADO																								0	0%																										
049	Identificar de errores (finalidad y diagnosticos) durante la consulta y posterior reporte de coordinación Unap y referente de auditoria concurrente, para autoria interna (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Soporte de correo enviados: pyhsarareunap@gmail.com Calidadunap@gmail.com Coormedicounap@gmail.com	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%						
						EJECUTADO																								0	0%																										
050	Reportar Informe de adicionales Nueva eps (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%				
						EJECUTADO																								0	0%																										
051	Consolidar y enviar del informe nominal a EPS (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																								0	0%																										
052	Realizar seguimiento a cohorte del paciente crónico, para su posterior reporte a las EPS (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel (seguimiento a cohorte) y pantallazo de los precursores	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%				
						EJECUTADO																								0	0%																										
053	Realizar seguimiento a cohorte de gestantes de las EPS contratadas y contratos de Unicef y unifa, para su posterior reporte a las EPS (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																								0	0%																										
054	Reportar a diario gestantes atendidas en formato establecido a la UAESA (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																								0	0%																										
055	Reportar de planillas de seguimiento Nueva eps (RIAS)	H	Sistema integrado de gestion	Angelica Rivera Rocha	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																								0	0%																										
056	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Angelica Rivera Rocha	Proyeccion de necesidades, Oficios y correos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																								0	0%																										
057	PAMEC: Documentar mecanismo para disminuir el riesgo de inasistencias en servicios de Gestión de atención primaria en salud	H	PAMEC	Angelica Rivera Rocha	Documento aprobado	PROGRAMADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	100%				
						EJECUTADO																								0	0%																										
058	PAMEC: Documentar Procedimiento de inducción a demanda inducida de los programas de promoción y prevención que les apliquen	H	PAMEC	Angelica Rivera Rocha	Documentar programa de demanda inducida	PROGRAMADO	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	100%				
						EJECUTADO																								0	0%																										
059	PAMEC: Realizar seguimiento y notificación a la EPS los pacientes	H	PAMEC	Angelica Rivera Rocha	Documentar programa de demanda inducida	PROGRAMADO	1	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	100%		
						EJECUTADO																								0	0%																										



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

Código	Descripción	Responsable	Programa	Actividad	Programado	Ejecución												Ejecutado	Porcentaje									
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12											
059	con entrega inoportuna de su tratamiento en la población crónica.	H	PAMEC	Angelica Rivera Rocha	Informe de evidencia de reporte y/o notificación a EAPB																		0	0%	100%			
060	Formación Continua: Socializar la importancia del reporte en el link de eventos adversos institucionales (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	Lista de Socialización	PROGRAMADO										1								1	0%	100%		
						EJECUTADO																						0
061	Realizar informe de producción trimestral de la Unidad de Atención primaria y notificar a la alta gerencia (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	Informe de Producción Soporte correos	PROGRAMADO				1						1							1		4	0%	100%	
						EJECUTADO																						0
062	Realizar socialización del cumplimiento de metas a los equipo de trabajo, de acuerdo a las rutas establecidas en resolución 3280 (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Angelica Rivera Rocha	Listado de socialización	PROGRAMADO		1				1				1				1				1		6	0%	100%
						EJECUTADO																						
063	Reportar matriz de seguimiento de metas a la alta gerencia (RIAS)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Matriz y envio a correo	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0%	100%	
						EJECUTADO																						
064	Revision de la actualización de los consentimientos informados de los procedimientos realizados en los subprocesos, correspondientes al macroproceso misional (RIAS)	H	Gestion documental	Angelica Rivera Rocha	Actas de Revisión inicial y final # de consentimientos revisados/ total de consentimientos existentes	PROGRAMADO	0		0		0		0		0		1		0		0		0		0	1	0%	100%
						EJECUTADO																						
065	Realizar programa radial tu salud al día, bajo la tematica de la resolución 3280 de 2018 y demas programas transversales del primer nivel (RIAS-SV, STSCU)	H	Plan de comunicaciones	Angelica Rivera Rocha	Guiónes de Radio # de programas realizados/ Total programados planeados	PROGRAMADO	0		0		1		0		1		0		1		0		1		10	0%	100%	
						EJECUTADO																						
066	Convocar y dirigir la mesa de trabajo mensual , para dar a conocer avance de cumplimiento de metas y generar planes de mejora si aplica, con referentes de programa y sistema de información primer nivel. (RIAS)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Actas de Reunión	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1		1		1		12	0%	100%	
						EJECUTADO																						
067	Elaboración de boletines para difusión de información dirigida al usuario, familia y comunidad, como estrategias de información, comunicacion y educación (RIAS-SV, STSCU)	H	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Infogramas, boletin	PROGRAMADO					1						1					1			3	0%	100%	
						EJECUTADO																						0
068	Notificar a los referentes medicos y de enfermeria de la UNAP, la importancia de la revisión de agendas, con un día de anterioridad, asi como el reporte de esta revisión a Coordinación UNAP (RIAS)	VIA	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Oficio de notificación	PROGRAMADO		1																1		2	0%	100%
						EJECUTADO																						
069	Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD (ENFOQUE SEGURIDAD DEL PACIENTE) (RIAS)	VIA	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Soporte de participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas	PROGRAMADO		1		1		1		1		1		1		1		1		11	0%	100%		
						EJECUTADO																						
070	Ejecución y seguimiento al cumplimiento de la formación continua (RIAS)	HV	Programa de formación continua	Angelica Rivera Rocha	Seguimiento al cronograma del programa de formación continua Registros de asistencia (física o magnetica) Medición de indicadores eficiencia, efectividad y eficacia del programa y las capacitaciones	PROGRAMADO																	1		2	0%	100%	
						EJECUTADO																						
071	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso (RIAS)	VIA	Sistema integrad de gestion	Angelica Rivera Rocha	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO				1							1					1			4	0%	100%	
						EJECUTADO																						



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	CONSULTA EXTERNA	
SUBPROCESO:	CONSULTA GENERAL (MEDICA GENERAL, ODONTOLOGIA GENERAL Y RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA)	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	JORGE SEPULVEDA	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2022	

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
1%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD-CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE				
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	AVANCE	META			
							2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Jorge Gutierrez Sepulveda	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
002	Definición de indicadores del subproceso de consulta externa (MG: Medicina Genral, SOG: Servicio Odontología General y SRO: Servicio de Radiología odontológica)	P	Sistema integrado de gestion	Jorge Gutierrez Sepulveda	Manual unico de indicadores (Incluir minimo) 4 Indicadores de Medicina General 4 Indicadores de Odontología General 4 Indicadores de Radiología odontológica Tablero de indicadores (Incluir en el tablero)	PROGRAMADO		12	0%										12	0%	100%		
						EJECUTADO		12%														0	
003	Identificación de riesgos y oportunidades del subproceso consulta externa general (MG, SOG y SRO)	P	Gestión del riesgo	Jorge Gutierrez Sepulveda	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno / Planeacionhsare@gmail.com / controlinterno@hospitaldelsarare.gov.co	PROGRAMADO			1	0%									1	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Jorge Gutierrez Sepulveda	Correo electrónico a Defensa Jurídica: Juridicahospitaldelsarare@gmail.com /calidad: calidadhs2018@gmail.com	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																0	
005	Elaboracion de cuadro de turno mensual (MG, SOG y SRO)	P	Prevision del recurso humano	Jorge Gutierrez Sepulveda	Cronograma proyectado mensual, para cada uno de los servicio. www.hospitaldelsarare.gov.co/planes-programas-proyectos-normogramas-y-formatos	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	24	0%	100%
						EJECUTADO																	
006	Actualización de documentación del subproceso de consulta externa (MG, SOG y SRO)	H	Gestion documental	Jorge Gutierrez Sepulveda	SOG: 49 guías, procedimientos, protocolo y formatos	PROGRAMADO		7	0%	7	0%	7	0%	7	0%	7	0%	7	0%	77	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
007	Elaboración Documental: Socializar al personal Auxiliar de Enfermería e higienistas (MG, SOG y SRO)	H	Gestion documental	Jorge Gutierrez Sepulveda	Procedimiento Documentado y Soporte de Socialización	PROGRAMADO					2	0%							2	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
008	Socializar la importancia del reporte en el link de eventos adversos institucionales (MG, SOG y SRO)	H	Programa de formación continua y comunicaciones	Jorge Gutierrez Sepulveda	Lista de Socialización	PROGRAMADO			1	0%									1	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
009	Realizar Cronograma mensual: Reportar Registro de rutas, horarios y frecuencias de la prestación de los servicios ofertados. (MG, SOG y SRO)	H	Gestion documental	Jorge Gutierrez Sepulveda	Soporte Cronograma mensuales de los equipos extramurales.	PROGRAMADO					1	0%							1	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
010	Elaboración Documental: Documentar entrada de historias clinicas fisicas al sub proceso de archivo e historias clinicas; en la modalidad intra y extramural (MG, SOG y SRO)	H	Gestion documental	Jorge Gutierrez Sepulveda	Procedimiento Documentado	PROGRAMADO				1	0%								1	0%	100%		
						EJECUTADO																0	
011	Elaboración Documental: Documentar procedimiento de uso de una unica historia clinica, incluyendo la apertura de la misma, asi como la entrada de historias clinicas fisicas al sub proceso de archivo e historias clinicas; en la modalidad intra y extramural (MG, SOG y SRO)	H	Gestion documental	Jorge Gutierrez Sepulveda	Procedimiento Documentado Formato Unificado historia Clinica	PROGRAMADO			2	0%									2	0%	100%		
						EJECUTADO																0	

031	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso (MG, SOG y SRO)	VIA	Sistema integrado de gestión	Jorge Gutierrez Sepulveda	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral	PROGRAMADO																		1	0%									1	0%	
					Analisis de causas y definición de Planes de mejora	EJECUTADO																														



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA		
SUBPROCESO:	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	YEISSON TIRANO-CATHERINE CAMACHO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN SUBPROCESO DE URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE											
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META						
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%						
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%																1	0%	100%				
						EJECUTADO	0																				0			
002	Definición de indicadores del subproceso:	P	Sistema integrado de gestión	Yeisson Tirano Catherine Camacho	*Tiempo medio de permanencia en urgencias..(no tablero) *Tasa de mortalidad en urgencias. (no tablero) *Calidad de la reanimación cardiopulmonar (no tablero) * Hoja de medicion y ficha de indicadores	PROGRAMADO		3	0%																	3	0%	100%		
						EJECUTADO	0																						0	
003	Identificación de riesgos y oportunidades del sub proceso de urgencias y procedimientos	P	Gestión del riesgo	Yeisson Tirano	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%																		1	0%	100%		
						EJECUTADO	0																						0	
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Yeisson Tirano	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%					1	0%		4	0%	100%		
						EJECUTADO																							0	
005	Elaboracion de cuadros de turnos y médicos	P	Prevision del recurso humano	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																								0
006	Definir actividad de formación continua	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Coordinador de Subproceso	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones)	PROGRAMADO	1	0%																		1	0%	100%		
						EJECUTADO																							0	
007	Formulación documental: (Listar aquí los documentos que serán revisados y ajustados según necesidades del servicio, requisitos normativos o técnicos)	H	Plan del SIG	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar: *información a familiares o responsables sobre el estado de salud de pacientes (marzo) * identificación de pacientes que por su condición clínica puedan ser tratados en el domicilio. (marzo) * identificación de pacientes que por su condición sean derivados a consulta externa cuenta con la estrategia de consulta prioritaria. (febrero) *manejo de urgencias en intoxicación aguda, síndrome abstinencia, agitación psicomotora, agudización, crisis. (abril) * información recomendaciones egreso, criterios de ingreso y posibles complicaciones (abril). *Plan hospitalario de emergencias se encuentra desactualizado. (seguimiento)	PROGRAMADO		1	0%	2	0%	2	0%														5	0%	100%	
						EJECUTADO																								0
008	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Coordinador de subproceso o Designado	Requisiciones Solicitud de mantenimientos	PROGRAMADO	1	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																								0
009	Actualización de documentación del subproceso de urgencias y procedimientos	H	Gestion documental	Yeisson Tirano Catherine Camacho	48 guías, procedimientos y protocolo	PROGRAMADO				5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	48	0%	100%
						EJECUTADO																								0
010	Capacitación de guías de manejo y protocolo del subproceso de urgencias y socialización de procedimientos	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Yeisson Tirano Catherine Camacho	48 guías, procedimientos y protocolo	PROGRAMADO				5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	48	0%	100%
						EJECUTADO																								0
011	Estandar #17: Documentar el ciclo de atención de	H	PAMFC	Yeisson Tirano	realizar documento	PROGRAMADO						1	0%													1	0%	100%		

				Evaluación del desempeño																						
	urgencias		PAMEC	Catherine Camacho		EJECUTADO															0	0%	100%			
012	Estandar #XX Evaluación de la atención urgencias y procedimientos.	H	PAMEC Satisfacción global del servicio	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Instrumentos de evaluación de satisfacción	PROGRAMADO				1	0%						1	0%			1	0%		3	0%	100%
						EJECUTADO																		0	0%	
013	Seguimiento a la ejecución del cuadro de turno.	H	Gestión clínica	Yeisson Tirano Catherine Camacho	documentar el seguimiento al cuadro de turno cada 3 meses	PROGRAMADO				1	0%						1	0%			1	0%		3	0%	100%
						EJECUTADO																		0	0%	100%
014	documentar e implementar la cita prioritaria en el servicio de urgencias	H	PAMEC	Yeisson Tirano Catherine Camacho	realizar documento e implementar proceso con el personal	PROGRAMADO		1	0%	1	0%												2	0%	100%	
						EJECUTADO																		0	0%	

015	Autoevaluación del SUH	H	SUH	Yeisson Tirano	Informe de resultados y analisis de autoevaluacion	EJECUTADO																							1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO																																				0			
016	Informe/Reporte de Indicadores hospitalarios: -Tasa de reingreso del servicio a urgencias antes de las 72 horas.	H	SOCGS	Yeisson Tirano	Informe/Reporte XXX Pantallazo de Correo electrónico	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																																					0		
017	Gestión y Seguimiento a resultados de informe de los reportes de indicios de atención insegura y/o eventos adversos asociados al subproceso/servicio	HV	Programa de seguridad del Paciente	Yeisson Tirano	participacion en los analisis de causas y definición de Acciones correctivas cada mes Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																																						0	
018	Gestión y Seguimiento a reportes de Producto NO conforme (incluye servicios) identificados al servicio o proceso .	HV	SIG	Yeisson Tirano	Participación y registro en el Analisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	
						EJECUTADO																																						0	
019	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD	HV	SIG	Yeisson Tirano	Soporte de participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																																						0	
020	Gestión y Seguimiento al mantenimiento preventivo y correctivo, la calibración de los equipos biomédicos del servicio(s)	HV	Plan de mantenimiento preventivo hospitalario	Yeisson Tirano	Correo de solicitud de mantenimiento y Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																																						0	
021	Ejecución y seguimiento al cumplimiento de la formación continua	HV	Programa de formación continua	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Seguimiento al cronograma del programa de formación continua Registros de asistencia (física o magnetica) Medición de indicadores eficiencia, efectividad y eficacia del programa y las capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%		
						EJECUTADO																																						0	
022	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso	VIA	Plan del SIG	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores semestral Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO									1	0%																								1	0%	2	0%	100%	
						EJECUTADO																																					0		
023	Verificación de adherencia del protocolo LASA	VIA	Programa de seguridad del Paciente	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Registro de lista de verificación Analisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%		
						EJECUTADO																																					0		
024	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorias Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, analisis de contexto, gestion del riesgo, Etc).	VIA	Plan del SIG	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																																					0		
025	Realizar evaluación o apoyo a la evaluación de colaboradores, proveedores y contratistas (si aplica)	VIA	SIG PAMEC	Yeisson Tirano	Evaluación de proveedores, contratistas, funcionarios diligenciada Informes de supervisión de contratos (si aplica)	PROGRAMADO																														1	0%			1	0%		100%		
						EJECUTADO																																				0			
026	Verificación de adherencia a procedimientos, protocolos, guías de manejo clínico, etc	VIA	Seguridad del paciente Plan del SIG	Yeisson Tirano Catherine Camacho	Listas de chequeo diligenciadas Analisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%			
						EJECUTADO																																					0		



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	INTERNACIÓN		
SUBPROCESO:	OBSTETRICIA Y ATENCIÓN DEL PARTO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	SANDRA VARGAS- FLOR AIDE MARTINEZ		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAM A ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE										
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META					
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%					
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Sandra Vargas	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%																1	0%	100%			
						EJECUTADO	0																				0	0%	
002	Definición de indicadores del subproceso subproceso Obstetricia y atención del parto	P	Sistema integrad de gestion	Sandra Vargas	proporcion de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo, proporción de partos por cesárea,proporción de mujeres a las que se realizo toma de serología en el momento del parto o aborto	PROGRAMADO		3	0%																	3	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						0
003	Identificación de riesgos y oportunidades del subproceso Obstetricia y atención del parto	P	Gestión del riesgo	Sandra Vargas	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO		1	0%																	1	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						0
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Sandra Vargas	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			4	0%	100%		
						EJECUTADO	0																					0	0%
005	Solicitud de Elaboracion de cuadros de turnos	P	Prevision del recurso humano	Sandra Vargas	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO	0																						
006	Definir actividades de formación continua subproceso Obstetricia y atención del parto	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Sandra Vargas	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones)	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
007	Seguimiento a formulación documental de documentos transversales	H	Plan del SIG	Sandra Vargas, lider de farmaceutico, lider seguridad al paciente	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar : *Manejo de gases medicinales (transversal), identificadores para usuarios donde se incluya manejo de riesgos.	PROGRAMADO									1	0%	1	0%								2	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
008	Formulación documental: del servicio Obstetricia y atención del parto	H	Plan del SIG	Sandra Vargas, lider servicio Neonatos	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar : programa canguro según normatividad vigente.	PROGRAMADO													1	0%						1	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
009	Gestión de las necesidades estandar de dotación del servicio: incubadora de transporte propia del servicio.	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Sandra Vargas	Requisiones a biomédico	PROGRAMADO	1	0%																		1	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
010	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Sandra Vargas	Requisiones	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO	0																						
011	Revisión y actualización de consentimientos informados del servicio de Obstetricia y atención del parto	H	Gestion documental	Sandra Vargas	No consentimientos actualizados/ No de formatos de consentimiento informado del servicio x 100	PROGRAMADO		1	0%			1	0%					1	0%							3	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
012	Actualización de documentación del subproceso de Obstetricia y atención del parto (actualización en contenido y codificación).	H	Gestion documental	Sandra Vargas,Flor Aide Martinez	guias atencion del parto,emergencias obstetricas(codigo rojo,sepsis,preclampsia),binomio madre hijo,atencion del recién nacido,madre canguro	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%								5	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						
013	Capacitación de guías de manejo y protocolo del subproceso de Obstetricia y atención del parto	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Sandra Vargas	No personal capacitado/ No personal proyectado x 100 Informe de capacitación	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%								5	0%	100%	
						EJECUTADO	0																						

014	Revisión y actualización de guía de manejo clínico: guía de atención del parto, trastorno hipertensivo en gestantes	H	PAMEC	Sandra Vargas	Documento aprobado	PROGRAMADO										1	0%						1	0%						2	0%	100%					
						EJECUTADO																												0			
015	Verificación, seguimiento y solicitud a soportes de cursos requeridos en condiciones mínimas de Habilitación estandar de Talento humano según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	Comunicaciones a Subdirección de talento humano y a personal del servicio	PROGRAMADO					1	0%					1	0%									1	0%				4	0%	100%			
						EJECUTADO																													0		
016	Gestionar ante mantenimiento de la infraestructura hospitalaria mantenimiento correctivo mal estado de paredes, techo, pisos, servicio sanitario, mobiliario para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	Gestión, requerimiento de mantenimiento registro fotografico	PROGRAMADO			1	0%				1	0%					1	0%					1	0%				1	0%	6	0%	100%		
						EJECUTADO																													0		
017	Gestión para condiciones de limpieza y orden del servicio con el fin de garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	rondas de supervision y asignación de auxiliar de enfermería por cuadro para 6 hrs de aseo y orden del servicio	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																														0	
018	Seguimiento a hojas de vida de equipos biomédicos (calibración mantenimiento adecuado uso) para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	Inventario de equipos biomédicos del servicio, solicitud a biomédicos de soportes de última calibración y mantenimiento	PROGRAMADO					1	0%													1	0%						2	0%	100%			
						EJECUTADO																													0		
019	Articular actividades con programa de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, Reactivo vigilancia, Gestión de seguridad del paciente, humanización.	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	Registro de actividades desarrolladas de los programas en el servicio de Obstetricia y atención del parto.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																														0	
020	Garantizar condiciones de almacenamiento y registro de medicamentos e insumos del servicio de ginecoobstetricia y partos (Señalización, seguimiento humedad, temperatura)	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Sandra Vargas	Formato de registro de temperatura de termohigrometro de carro de paro, cuarto de medicamentos. Lista de chequeo de seguimiento a medicamentos en insumos	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																														0	
021	Seguimiento a la ejecución del cuadro de turno.	H	Gestion clinica	Sandra Vargas	Registro de actividad de supervisar el cuadro de turno cada 3 meses, aleatoriamente,	PROGRAMADO					1	0%														1	0%					3	0%	100%			
						EJECUTADO																													0		



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	INTERNACIÓN
SUBPROCESO:	INTERNACIÓN ADULTO
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	YONIER FABIAN RINCON VILLARREAL - ELIASID ALVAREZ
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO VIGENCIA: 2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE														
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META											
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%											
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%									
						EJECUTADO	0																			0							
002	Definición de indicadores del subproceso internación adulto.	P	Sistema integrado de gestión	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	*Medir, Analizar y Reportar Mensualmente la Tasa de Mortalidad antes de las 48 horas de hospitalización. *Medir, Analizar y Reportar Mensualmente la Tasa de Reingresos en menos de 15 días. *Egresos de Hospitalización y Giro cama en internación. *Medir, Analizar y Reportar Mensualmente la Tasa de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. *Reporte Mensual de UPP, administración de Medicamentos, Cuidados de Pacientes Hospitalizados	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%				
						EJECUTADO																											
003	Identificación de riesgos y oportunidades del sub proceso de internación adulto	P	Gestión del riesgo	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%																									
						EJECUTADO	0																										
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad calidadh2019@gmail.com	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%										
						EJECUTADO																											
005	Solicitud de Elaboración de cuadros de turnos	P	Prevision del recurso humano	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																											
006	Definir actividades de formación continua del servicio internación adulto	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones)	PROGRAMADO			1	0%																							
						EJECUTADO																											
007	Seguimiento a la actualización de documentos transversales de procesos prioritarios	VIA	SOGCS	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	*Manejo de gases medicinales, Valoración seguimiento por nutrición que incluya minuta control de alimentos.	PROGRAMADO			1	0%	1	0%			1	0%																	
						EJECUTADO																											
008	Formulación documental con apoyo de referente médico	H	Plan del SIG	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar : *Principales causas de hospitalización	PROGRAMADO								1	0%			1	0%														
						EJECUTADO																											
009	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandarizar de dotación y plan anual de compras	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	Requisiciones Solicitud de mantenimientos	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																											
010	Revisión y actualización de consentimientos informados del servicio de internación adulto.	H	Gestión documental	Yonier Rincón Eliásid Álvarez - Apoyo Proceso Quirúrgico	No consentimientos actualizados/ No de formatos de consentimiento informado del servicio x 100	PROGRAMADO					1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO																											
				Yonier Rincón	Plan de cuidados de enfermería en paciente crónico internación, Guía autocuidado en salud para paciente	PROGRAMADO					1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	9	0%			



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	INTERNACIÓN		
SUBPROCESO:	INTERNACIÓN PEDIATRICO - INTERNACIÓN NEONATAL		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	EFRAIN MURCIA		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE						
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META					
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Efrain Murcia	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO	0																		
002	Definición de indicadores del subproceso internación pediátrico, internación neonatal	P	Sistema integrad de gestion	Efrain Murcia	Indicadores de servicio: tasa de mortalidad perinatal, proporción de reingreso por infección respiratoria en menores de 5 años, letalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, letalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años,	PROGRAMADO		5	0%														5	0%	100%
						EJECUTADO	0																		
003	Identificación de riesgos y oportunidades del subproceso internación pediátrico, internación neonatal	P	Gestión del riesgo	Efrain Murcia	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%															1	0%	100%
						EJECUTADO	0																		
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que influyen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Efrain Murcia	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																			
005	Solicitud de Elaboracion de cuadros de turnos	P	Prevision del recurso humano	Efrain Murcia	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																			
006	Definir actividades de formación continua subproceso internación pediátrico, internación neonatal	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Efrain Murcia	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones)	PROGRAMADO		1	0%														1	0%	100%
						EJECUTADO																			
007	Formulación documental: del servicio internación pediátrico, neonatal básico e intermedio.	H	Plan del SIG	Efrain Murcia	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar : *Manejo síndrome dificultad respiratoria, Manejo de brotes de infección, administración de sangre y derivados, Prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacterianas) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (cateteres centrales y periféricos).	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%							4	0%	100%
						EJECUTADO																			
008	Gestión de las necesidades estandar de dotación del servicio; monitor de transporte neonatal, incubadora de transporte, ventilador neonatal de transporte, talímetro o infantometro, electrocardiografo neonatal.	H	Estandar de dotación y plan anual de compras	Efrain Murcia	Requisiones a biomédico	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																			
009	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotación y plan anual de compras	Efrain Murcia	Requisiones Solicitud de mantenimientos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																			
010	Revisión y actualización de consentimientos informados del servicio de internación pediátrica y neonatal	H	Gestion documental	Efrain Murcia	No consentimientos actualizados/ No de formatos de consentimiento informado del servicio x 100	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%							6	0%	100%
						EJECUTADO																			
011	Actualización de documentación del subproceso de internación pediátrica y neonatal (actualización en contenido y codificación).	H	Gestion documental	Efrain Murcia	Guía con criterios de ingreso y egreso de servicio internación neonatal,Actualización Procedimiento de control de líquidos en neonatos, Actualización de administración de medicamentos en neonatos, Protocolo sujeción de pacientes neonatos, Protocolo toma de muestra de laboratorio clínico en neonatos, Protocolo cateterismo vesical en neonatos, Protocolo preparación para toma de imágenes diagnósticas en neonatos, Procedimiento indicaciones de cuidado de salud al familiar o responsable de neonato.	PROGRAMADO			2	0%	2	0%	2	0%	2	0%							10	0%	100%
						EJECUTADO																			
012	Capacitación de guías de manejo y protocolo del	H	Programa de formación continua	Efrain Murcia	No personal capacitado/ No personal proyectado x 100 Informe de capacitación	PROGRAMADO			5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	48	0%	100%

021	Atender auditoría interna Condiciones de Habilitación bajo resolución 3100.	H	SUH	Efrain Murcia	Informe de resultados y análisis de autoevaluación	EJECUTADO															1	0%								1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0									0
022	Asistir a reuniones, capacitaciones, socializaciones convocadas para líderes de subprocesos	H	SUH	Efrain Murcia	Asistencia, actas, registro fotográfico, registro de actividades	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																													0
023	Informe/Reporte de Indicadores hospitalarios:	H	SOGCS	Efrain Murcia	Informe/Reporte tasa de mortalidad perinatal, proporción de reingreso por infección respiratoria en menores de 5 años, letalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años, letalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, Pantallazo de Correo electrónico	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
024	Gestión y Seguimiento a resultados de informe de los reportes de indicios de atención insegura y/o eventos adversos asociados al subproceso/servicio	HV	Programa de seguridad del Paciente	Efrain Murcia	participación en los análisis de causas y definición de Acciones correctivas cada mes Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
025	Gestión y Seguimiento a reportes de Producto NO conforme (incluye servicios) identificados al servicio o proceso.	HV	SIG	Efrain Murcia	Participación y registro en el Análisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
026	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PORSFD	HV	SIG	Efrain Murcia	Soporte de participación de Análisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
027	Gestión y Seguimiento al mantenimiento preventivo y correctivo, la calibración de los equipos biomédicos del servicio(s)	HV	Plan de mantenimiento preventivo hospitalario	Efrain Murcia	Correo de solicitud de mantenimiento y Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados Reporte de producto NO conforme para mantenimientos preventivos no ejecutados	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
028	Ejecución y seguimiento al cumplimiento de la formación continua	HV	Programa de formación continua	Efrain Murcia	Seguimiento al cronograma del programa de formación continua Registros de asistencia (física o magnética) Medición de indicadores eficiencia, efectividad y eficacia del programa y las capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
029	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso	VIA	Plan del SIG	Efrain Murcia	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores semestral Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO																							1	0%	2	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
030	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc).	VIA	Plan del SIG	Efrain Murcia	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
031	Realizar evaluación o apoyo a la evaluación de colaboradores, proveedores y contratistas (si aplica)	VIA	SIG PAMEC	Efrain Murcia	Evaluación de proveedores, contratistas, funcionarios diligenciada Informes de supervisión de contratos (si aplica)	PROGRAMADO																					1	0%	1	0%	1	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
032	Verificación de adherencia a procedimientos, protocolos, guías de manejo clínico, etc	VIA	Seguridad del paciente Plan del SIG	Efrain Murcia	Listas de chequeo diligenciadas Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%		
						EJECUTADO																													0
033	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso	VIA	SIG	Efrain Murcia	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción, mensual, consolidado trimestral Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																													0



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GRUPO QUIRURGICO		
SUBPROCESO:	SERVICIO DE CIRUGIA Y ESTERILIZACION		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	GERSON MARTINEZ MONTAÑEZ Y LILIANA PEÑA		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2022
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2022		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA <small>(Planear, Hacer, Verificar, Actuar)</small>	PLAN/PROGRAM A ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE								
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META			
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2022	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Gerson Martinez y Liliana Peña	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%															1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	0%
002	Elaboración de estudios previos	P	Sistema integrad de gestion	Gerson Martinez y Liliana Peña	Estudios previos entregados a Gestión jurídica	PROGRAMADO	1	0%	1	0%														2	0%	100%	
						EJECUTADO	0																			0	0%
003	Definición de indicadores del subproceso servicio de Cirugia	P	Sistema integrad de gestion	Gerson Martinez y Liliana Peña	Indicador de porporcion de cancelacion de cirugia, oportunidad en la programacion de cirugia, porcentaje de rechazo de muestras de cirugia, porcentaje ocupacional de salas de cirugias, porcentaje de complicaciones posquirurgicas. Fichas tecnicas	PROGRAMADO			5	0%														5	0%	100%	
						EJECUTADO	0																			0	0%
004	Identificación de riesgos y oportunidades del subproceso servicio de Cirugia	P	Gestión del riesgo	Gerson Martinez y Liliana Peña	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO			1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO	0																			0	0%
005	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	P	Normograma institucional	Gerson Martinez y Liliana Peña	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	0%
006	Solicitud de Elaboracion de cuadros de turnos	P	Prevision del recurso humano	Gerson Martinez y Liliana Peña	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																					0
007	Liquidación de cuadro de turnos	P	Prevision del recurso humano	Liliana Peña	Cuadro de turno liquidado	PROGRAMADO	1	0%																1	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	0%
008	Definir actividades de formación continua subproceso servicio de Cirugia	P	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Gerson Martinez, Liliana Peña y Dery Mora	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones)	PROGRAMADO			1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	0%
009	Formulación documental: del servicio de Cirugia	H	Plan del SIG	Gerson Martinez, Liliana Peña y Dery Mora	Protocolos, guías de manejo clínico, procedimientos, instructivos, etc. Documentar : - Condiciones de transporte del paciente, controles posquirurgicos, valoración posibles contraindicaciones, manejo del dolor.	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%							4	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	0%
010	Gestión de las necesidades estandar de dotación del servicio; equipo de criotriodotomia percutánea, equipo de comunicación doble vía y conectividad para red de donación y trasplante, sistema de gases anestésicos, estimulador de nervio periférico, equipo de intubación retrógrada o sistema que permita acceso a la vía aérea, sistema de infusión rápida de líquidos, protectores de gonadas para rayos x, termohigrometro en sala de recuperación, sábanas polainas suficientes y en buen estado, activación tableros de red de oxígeno,	H	Estandarizar de dotacion y plan anual de compras	Gerson Martinez y Liliana Peña	Requisiones a biomédico	PROGRAMADO				1	0%				1	0%					1	0%		3	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	0%
011	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandarizar de dotacion y plan anual de compras	Gerson Martinez y Liliana Peña	Requisiones Solicitud de mantenimientos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%

012	Revisión y actualización de consentimientos informados del servicio de Cirugía - teniendo en cuenta el protocolo de diligenciamiento	H	Gestion documental	Gerson Martinez y Liliana Peña	No consentimientos actualizados/ No de formatos de consentimiento informado del servicio x 100	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
013	Actualización de documentación del subproceso de servicio de Cirugía y esterilización(actualización en contenido y codificación).	H	Gestion documental	Gerson Martinez, Liliana Peña y Derly Mora	Manual de la central de esterilización, manual de uso y reúso de dispositivos médicos institucional, procedimiento de transporte del material contaminado, protocolo métodos de esterilización	PROGRAMADO						1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
014	Capacitación de guías de manejo y protocolo del subproceso servicio de Cirugía	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Gerson Martinez, Liliana Peña y Derly Mora	No personal capacitado/ No personal proyectado x 100 Informe de capacitación	PROGRAMADO						1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
015	Evaluar cumplimiento del procedimiento de admisión y preparación del paciente programado en el servicio de cirugía	H	PAMEC	Gerson Martinez y Liliana Peña	Evaluaciones, informe incluyendo análisis.	PROGRAMADO															1	0%												2	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
016	Desarrollo de actividad PAMEC de SAU; medir la demanda insatisfecha en cirugía programada	H	PAMEC	Gerson Martinez y Liliana Peña	Registro mensual de demanda insatisfecha, informe ejecutivo.	PROGRAMADO																												2	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
017	Apoyo para el desarrollo de actividad PAMEC de Coordinación de enfermería y médica: Aplicar 10 encuestas de verificación de entendimiento de consentimiento informado trimestralmente, en el servicio de cirugía	H	PAMEC	Gerson Martinez y Liliana Peña	No de encuestas aplicadas/ No encuestas proyectadas x 100 meta 40.	PROGRAMADO						1	0%																					4	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
018	Apoyo para el desarrollo de actividad PAMEC de Auditoría médica y concurrencia: Implementación de mecanismos de verificación de historia clínica y registros del servicio de cirugía, retroalimentación de los resultados a líder auditado.	H	PAMEC	Gerson Martinez y Liliana Peña	Informe de verificación de historia clínica registros asistencias de retroalimentación	PROGRAMADO																					1	0%						2	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
019	Apoyo para activida PAMEC de Gestión ambiental: realizar campañas educativas para adecuado disposición y segregación de los residuos dirigido al personal del servicio de cirugía y urgencias	H	PAMEC	Gerson Martinez y Liliana Peña	Informe de capacitación	PROGRAMADO																													2	0%	100%	
						EJECUTADO																																0
020	Verificación, seguimiento y solicitud a soporte de cursos requeridos en condiciones mínimas de Habilitación estándar de Talento humano según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Comunicaciones a Subdirección de talento humano y a personal del servicio	PROGRAMADO						1	0%																					3	0%	100%		
						EJECUTADO																																0
021	Gestionar ante mantenimiento de la infraestructura hospitalaria mantenimiento correctivo mal estado de paredes, techo, pisos, servicio sanitario, mobiliario para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estándar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Correo electrónico, comunicaciones, ordenes de servicio.	PROGRAMADO																													2	0%	100%	
						EJECUTADO																																0
022	Gestión para condiciones de limpieza y orden del servicio con el fin de garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estándar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Formato de listado de chequeo de verificación y seguimiento a condiciones de orden y limpieza del servicio.	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																																
023	Seguimiento a hojas de vida de equipos biomédicos (calibración mantenimiento y adecuado uso) para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estándar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Inventario de equipos biomédicos del servicio, reporte de último mantenimiento y calibración, comunicaciones a biomédicos.	PROGRAMADO																													2	0%	100%	
						EJECUTADO																																0
024	Articular actividades con programa de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, Reactivo vigilancia, Gestión de seguridad del paciente, humanización.	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Registro de actividades desarrollada por los programas en el servicio de cirugía y esterilización.	PROGRAMADO						1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																																
025	Garantizar condiciones de almacenamiento y registro de medicamentos e insumos del servicio de Internación adulto (Semaforización, seguimiento humedad, temperatura)	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gerson Martinez y Liliana Peña	Registro de temperatura y humedad de carro de paro, almacenamiento de medicamentos.	PROGRAMADO																														10	0%	100%
						EJECUTADO																																
026	Seguimiento y apoyo a la supervisión de la ejecución del cuadro de turno.	H	Gestion clinica	Gerson Martinez y Liliana Peña	documentar el seguimiento al cuadro de turno cada 3 meses	PROGRAMADO																													3	0%	100%	
						EJECUTADO																																0

