



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:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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%				
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																
002	Definición de la estrategia de Rendición de Cuentas para la Vigencia 2023	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																
003	Realizar consolidación del Plan de Acción Institucional de Acuerdo al Decreto 612 de 2016	P	MIPG	Jhonatan Solano Carrillo	Publicación del Plan en Página WEB Resolución de Aprobación	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%
						EJECUTADO																
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																
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																
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																
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																
009	Realizar la radicación de los proyectos de Infraestructura Construcción De La Unidad De Atención Primaria Y Consulta Externa Del Hospital Del Sarare E.S.E. Municipio De Saravena, Departamento De Arauca. Construcción De La Unidad De Atención Primaria Y Consulta Externa Del Hospital Del Sarare E.S.E. Municipio De Saravena, Departamento De Arauca.	H	Plan de Desarrollo	Jhonatan Solano Carrillo	Documento de Radicado	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%
						EJECUTADO																
010	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																
011	Realizar Seguimiento al cumplimiento del Plan de Gestión 2023	V	Resolución 408	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Comité de Gestión y desempeño	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%		1	0%	100%
						EJECUTADO																
012	Presentar informe de cumplimiento del Plan de Desarrollo 2022 a la Junta directiva	V	Plan de Desarrollo	Jhonatan Solano Carrillo	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%
						EJECUTADO																
013	Realizar evaluación del MIPG de la vigencia 2022, a través del Diligenciamiento del FURAG	A	MIPG	Jhonatan Solano Carrillo	Informe de Resultado	PROGRAMADO				1	0%									1	0%	100%
						EJECUTADO																
014	Realizar reunión de Comité de Gestión y Desempeño	A	MIPG	Jhonatan Solano Carrillo	Actas de Reunión	PROGRAMADO					1	0%			1	0%				1	0%	100%
						EJECUTADO																



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SISTEMAS DE GESTIÓN INTEGRADOS		
SUBPROCESO:	GESTIÓN DE LA CALIDAD		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	LIDER DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
FECHA DE ELABORACIÓN	25/01/2023	VEIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VEIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				% DE AVANCE TOTAL
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	
0%	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%		
1	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Lider de Gestión de la Calidad	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
2	Formular el Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	P	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Lider de Gestión de la Calidad	Programa de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
3	Establecer el PAMEC vigencia 2023	PIA	Plan de gestión Gerencial/SUA	Lider de Gestión de la Calidad	PAMEC aprobado	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
4	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Lider de Gestión de la Calidad	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
6	1. Ciclo de atención con enfoque diferencial; características de los grupos poblacionales, los riesgos generados y los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios. 2. Protocolo conductual de atención al usuario (incluya información necesaria y suficiente de orientación al usuario durante procedimientos y/o exámenes). 3. Procedimiento de comunicaciones externas; Reporte de novedades de los servicios ofertados por el hospital del sarare, definir responsable(s). 4. Boletín Informativo Institucional	H	SOGCS/SUH	Lider de Gestión de la Calidad	Documento elaborado o actualizado	PROGRAMADO	1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
9	Generación de noticia al boletín institucional	H	PAMEC	Lider de Gestión de la Calidad	Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																	
9	Realizar diagnostico de las condiciones propias de los equipos de telemedicina; disponibilidad, visualización, transmisión, confidencialidad y calidad de las imágenes generadas y generar un plan de mejora.	H	PAMEC	Lider de Gestión de la Calidad	Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO				1	0%									1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
13	Realizar reporte de Indicadores de la resolución 256 y 1552 a EAPB y ministerio de salud	H	SIC	Lider de Gestión de la Calidad	Registro del reporte de los Indicadores, Correo electrónico a EAPB y sistemas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1	0%	1	0%	2	0%	13	0%	100%
						EJECUTADO																	
5	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorias Internas SUH 2. Auditorias Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PQRSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión.	HV	SIG	Lider de Gestión de la Calidad	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta lideres Internación)	PROGRAMADO		1	0%			1	0%			1	0%		4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
1	Realizar medicion y seguimiento a los Indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores de gestión generales.	..	PROGRAMA	Lider de Gestión de la Calidad	Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN JURIDICA		
SUBPROCESO:	DEFENSA JURIDICA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	JIMMY RANGEL		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

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%						
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de Defensa Jurídica	P	Gestión del riesgo	Jimmy Rangel	Mapa de riesgos actualizado (Mapa de Riesgo de Corrupción) Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%				
						EJECUTADO																	0	0%		
004	Definición y Contratación de Pólizas para el amparo del Hospital del Sarare para la vigencia 2023. Pólizas adquiridas	P	Gestión del Riesgo	Jimmy Rangel	Pólizas adquiridas	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%				
						EJECUTADO																	0	0%		
005	Realizar acciones que permitan fortalecer la política de defensa jurídica, como lo es la defensa de los procesos que se encuentran en curso contra la entidad en la vigencia 2022.	P	Gestión del Riesgo	Jimmy Rangel	Contrato de Profesional Aboado Externo Apoyo de la Defensa Jurídica	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%				
						EJECUTADO																	0	0%		
006	Realizar reunión periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales.	H	Sistema integrado de gestión	Jimmy Rangel	# de Reuniones Programadas /Número de Reuniones Realizadas	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0	0%		
007	Publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición, como lo son (a) los estudios y documentos previos; (b) el aviso de convocatoria; (c) los pliegos de condiciones o la invitación; (d) las Adendas; (e) la oferta; (f) el informe de evaluación; (g) el contrato; y cualquier otro documento expedido por la Entidad Estatal durante el Proceso de Contratación.	H	Riesgos de Corrupción	Jimmy Rangel	Procesos publicados con la totalidad de documentos/total de Procesos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%	
						EJECUTADO																				
008	Realizar socialización a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de comprensión por parte del paciente.	P	Gestión del Riesgo	Jimmy Rangel	No de profesionales capacitados/ total de profesionales asistenciales contratados x 100.	PROGRAMADO				1	0%					1	0%					1	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO																				
009	Realizar Informe del Estado de Procesos Judiciales en Contra de la Entidad para la vigencia 2023	v	Gestión del Riesgo	Jimmy Rangel	Documento Informe	PROGRAMADO			1	0%				1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																				

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SUBGERENCIA TALENTO HUMANO		
SUBPROCESO:			
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	SUBGERENTE TALENTO HUMANO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN SUBGERENCIA TALENTO HUMANO		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META								
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%								
001	Aprobar estudio de viabilidad Financiera para la ampliación de la Planta de Personal	P	PLAN DE DESARROLLO 2020-2023	Líder de proceso	ESTUDIO TÉCNICO PARA VIABILIDAD FINANCIERA	PROGRAMADO			1												1	0%	100%					
						EJECUTADO			0%														0	0%				
002	Ejecución del plan de Plan de Bienestar Social y estímulos y medición de indicadores de cobertura	P	PLANES INSTITUCIONALES	Líder de proceso	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	PROGRAMADO			1				1			1		1		1		1		1		7	0%	100%
						EJECUTADO			0%																			
003	Ejecución del plan institucional de Capacitación y medición de indicadores de cobertura, eficiencia y eficacia.	P	PLANES INSTITUCIONALES	Líder de proceso	PLAN DE CAPITACIONES INSTITUCIONAL	PROGRAMADO				1		1		1		1		1		1		1		1		9	0%	100%
						EJECUTADO				0%																		
004	Ejecución del plan de Formación continua institucional y medición de indicadores de cobertura, eficiencia y eficacia.	P	PLANES INSTITUCIONALES	Líder de proceso	PLAN DE CAPITACIONES INSTITUCIONAL	PROGRAMADO		1		1		1		1		1		1		1		1		1		11	0%	100%
						EJECUTADO		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
005	Ejecución y medición de Plan de SSTT	P	PLANES INSTITUCIONALES	Líder de proceso	PLAN DE SSTT	PROGRAMADO									1									1		2	0%	100%
						EJECUTADO														0%								0%
006	Seguimiento al subproceso Docencia y Servicio			Líder de proceso	Proceso y procedimientos docencia y servicio	PROGRAMADO													1					1		2	0%	100%
						EJECUTADO																		0%				0%
007	Medición y socialización de Indicadores de AUSENTISMO	P		Líder de proceso	MEDICIÓN DE AUSENTISMO	PROGRAMADO	1							1					1						4	0%	100%	
						EJECUTADO		0%																0%				
008	Medición y socialización de Indicadores de Rotación de personal	H		Líder de proceso	MEDICIÓN DE ROTACIÓN	PROGRAMADO	1							1					1						4	0%	100%	
						EJECUTADO		0%																0%				
009	Definir plan de mejora de acuerdo a resultados del FURAG	P		Líder de proceso		PROGRAMADO																		1	0%	100%		
						EJECUTADO																						0
010	Definir plan de mejora de acuerdo a resultados de auditoría interna y externa	P	AUDITORIA INTERNA / EXTERNA	Líder de proceso	PLAN DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDO DE ACUERDO A LA AUDITORIA	PROGRAMADO												1						1	0%	100%		
						EJECUTADO																						0
011	Cumplimiento a la política de Talento Humano bajo los lineamientos de MIPG.	H	MIPG	Líder de proceso	DILIGENCIAMIENTO MATRIZ AUTODIAGNOSTICO	PROGRAMADO	1							1										3	0%	100%		
						EJECUTADO		0%																				0
012	Definir y realizar la matriz de riesgo del proceso	P	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION	Líder de proceso	MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO	PROGRAMADO				1														1	0%	100%		
						EJECUTADO																						0
013	Implementar el proceso de inducción a personal tercerizado, contratista y en formación.	H	PAMEC	Líder de proceso	CUMPLIMIENTO PLAN DE BIENESTAR SOCIAL	PROGRAMADO		1		1		1		1		1		1		1		1		11	0%	100%		
						EJECUTADO		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0
014	Seguimiento a informe de resultados de los planes de acción definidos en los diferentes subprocesos a cargo.	HV		Líder de proceso	# de personal tercerizado, contratista y en formación con inducción/Total de colaboradores tercerizados, contratista y en formación x100	PROGRAMADO																	1	0%	100%			
						EJECUTADO																					0	0%



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO			
SUBPROCESO:	GESTION AMBIENTAL		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	DIANA SANCHEZ		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META	
							0%	0	0%	0	0%	0%	0	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
1	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0%	100%
2	Realizar ejecución y seguimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la atención en Salud y Otras Actividades, el cual requiere: 1. Realizar Contratación de Contrato externo para la recolección, transporte y disposición final de Residuos Peligrosos. 2. Realizar Seguimiento a los Registros Hospitalarios (RH1) y manifiestos de Carga, consolidación de los Mismos y Actas de Disposición final. 3. Realizar Seguimiento al consumo eficiente de Bolsas para la Segregación de residuos.	H	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Informe de Ejecución Presentado al Comité de Gestión Ambiental	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
3	Realizar ejecución y seguimiento al Programa de Reciclaje Institucional, el cual requiere: 1. Realizar seguimiento a la Separación interna de Residuos y el aprovechamiento de los mismos.	H	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Informe de Ejecución Presentado al Comité de Gestión Ambiental	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
4	Realizar ejecución y seguimiento al Programa de GESTIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS ESPECIALES Y CONVENCIONALES, el cual requiere: 1. Realizar Campaña municipal de Recolección de residuos especiales articulado a los programas avalados por la ANDI	H	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Informe de Ejecución Presentado al Comité de Gestión Ambiental	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
5	Realizar ejecución y seguimiento al Programa de Uso eficiente y ahorro de Agua, el cual requiere: 1. Realizar estudio fisicoquímico de aguas residuales. 2. Realizar lavado semestral del tanque subterráneo de Almacenamiento de Agua.	H	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Informe de Ejecución Presentado al Comité de Gestión Ambiental	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
6	Realizar actividades de Formación Continua en temas relacionados con Manejo integral de residuos	H	Gestión del riesgo	Diana Sanchez	Registro de Asistencia a Capacitación. Diligenciamiento del Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
7	Realizar actividades de Formación Continua en temas relacionados con Uso racional o eficiente de energía y agua	H	Programa de Formación Continua	Diana Sanchez	Registro de Asistencia a Capacitación. Diligenciamiento del Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
8	Realizar actividades de Formación Continua en temas relacionados con Segregación, disposición final de los productos químicos y sus envases.	H	Programa de Formación Continua	Diana Sanchez	Registro de Asistencia a Capacitación. Diligenciamiento del Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%				1 0	0%	100%	
9	Desarrollar Versión No 2 del Foro Ambiental para conmemorar el día Mundial del medio ambiente, con el fin de divulgar la política.	H	PAMEC	Diana Sanchez	Registro de Asistencia a Capacitación. Diligenciamiento del Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO								1 0%				1 0	0%	100%	
10	Realizar dos meses de trabajo para análisis de los resultados estudio de vertimiento de líquidos, análisis físico químico y				No deactividades ejecutadas/ No proradas x 100. Actas	PROGRAMADO												1 2	0%	100%	



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO			
SUBPROCESO:	MANTENIMIENTO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LIDER DE MANTENIMIENTO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO DE 2023	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META						
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0	0%								
1	Actualizar el plan de mantenimiento hospitalario de acuerdo a los parametros del Decreto 1769 de 1994, circular 029 de 1997, incluyendo: 1. Infraestructura hospitalaria. - Edificios, instalaciones físicas, redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas, y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales. 2. Dotación de la hospitalaria incluye equipo industrial de tipo hospitalario, equipo biomédico, muebles para uso administrativo y para uso asistencia, y equipos de comunicaciones e informática. - El equipo industrial de uso hospitalario (plantas eléctricas, equipos de lavandería y de cocina, calderas, bomas de agua, autoclaves, equipo de seguridad, refrigeración y equipos relacionados con servicio de apoyo hospitalarios). - Plantas eléctricas. - Equipos de lavandería y cocina. - Calderas. - Bombas de agua. - Autoclaves y equipos de esterilización. - Equipos de refrigeración y aire acondicionado. - Equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario. - Otros equipos industriales. - Equipos de Seguridad. - Equipo industrial de uso hospitalario: - Equipo biomédico. - Equipo de comunicaciones e informática (Equipos de cómputo, centrales telefónicas, equipos de radiocomunicaciones, equipos de procesamiento, reproducción, transcripción de información, equipos de comunicación e informática, equipos del sistema de información hospitalario). Con sus respectivos formatos: hoja de vida estandarizada, controles de seguimiento, indicadores.	P	Plan de Mejora UAESA (Circular Unica)	Líder de Mantenimiento, Líder de gestión de las TICS, Líder de Gestión biomédica.	Plan de mantenimiento Hospitalario con sus respectivos formatos de seguimiento.	PROGRAMADO	1																1	0%	100%	
						EJECUTADO																				
2	Realizar Consultoria para la elaboración de Diagnostico electrico, para mejoramiento de las redes electricas internas	P	Plan de Mejora UAESA (Circular Unica)	Líder de Mantenimiento	Informe Final que contiene Estado de redes dede Consultora	PROGRAMADO		1		1														2	0%	100%
						EJECUTADO																				
3	Realizar Ejecucion del Plan de Mantenimiento y reportar informe semestral de ejecucion	HV	Plan de Mejora UAESA (Circular Unica)	Líder de Mantenimiento, Líder de gestión de las TICS, Líder de Gestión biomédica.	Informe de Ejecucion del Plan de Mantenimiento biomédica.	PROGRAMADO						1											1	0%	100%	
						EJECUTADO																				
4	Realizar los ajustes en Infraestructura y sistema eléctrico, requeridos para la Instalación de los Equipos a adquirir de acuerdo a la resolución 2539 de 2022	HV	Objetivos estrategicos	Líder de Mantenimiento	Informe de Adecuación.	PROGRAMADO					1	1	1	1	1	1	1	1						6	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:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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%							
1	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				
2	Actualización de documentación del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Mapas de Riesgo	Geraldine Real Lozano	Revisión actualización de documentos del subproceso: 1. Actualizar y Socializar el PROCEDIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN DE CAPACIDAD INSTALA-ASIGNACION DE CUPOS 2. Realizar Formato de AUTOEVALUACIÓN DE CAPACIDAD INSTALA-ASIGNACION DE CUPOS que permita generar control del numero de cupos de practicas formativas a Nivel Institucional. 3. Diseñar un formato de seguimiento y evaluación de prácticas formativas que permita a la entidad determinar el costo/beneficio de cada ciclo de formación.	PROGRAMADO						3										3	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	
3	Conformar el comité de Ética en la investigación bajo el proceso de Talento humano /Docencia servicio e investigación.	P	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Geraldine Real Lozano	Resolución de conformación del Comité de Ética en la investigación	PROGRAMADO																0	0	100%			
						EJECUTADO																				0	
4	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%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	
5	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivados 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	
6	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	
7	Realizar comité de Docencia Servicio con la Universidad Nacional de Colombia cada trimestre	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO			1	0%											1	0%	3	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	
8	Realizar comité de Docencia Servicio con las escuelas de ESEDCO y CEDESCRO	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion	PROGRAMADO	1	0%															2	0%	100%		
						EJECUTADO																				0	
9	Verificar hojas de vida de los estudiantes que ingresan a realizar practicas a la institución	H	Sistema integrado de gestión	Geraldine Real Lozano	Formato de excel	PROGRAMADO			1	0%							1	0%				1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																				0	
10	Consolidar notas mensuales de cada estudiante, entrega a aprobación a subgerencia científica y envío a las universidad correspondiente.	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%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	
11	Realizar inducción a los nuevos estudiantes que ingresan a la institución	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%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	

047	Realización de estudios de conveniencia y oportunidad para la contratación necesaria para el proceso, y certificación de las mismas.	H	Sistema integrado de gestión	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0	0	0	0	0	1	1	4	0%	100%
						EJECUTADO																			
048	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	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	1	6	0%	100%
						EJECUTADO																			
049	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso	VIA	Sistema integrado de gestión	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Seguimiento en la hoja de medición de los indicadores Informe de resultados y análisis de indicadores	PROGRAMADO	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	11	0%	100%
						EJECUTADO																0			
050	Encuesta e informe de perfil sociodemográfico de la población trabajadora 2023	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Perfil sociodemográfico de la población trabajadora 2022.	PROGRAMADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	1	0%	100%
						EJECUTADO																			
051	Campañas de vacunación según programas de vigilancia epidemiológica por Riesgo Biológico o condiciones de salud de los trabajadores, conclusión de esquemas de vacunación; (Tetano, COVID 19, fiebre amarilla, influenza, Triple viral)	VIA	SVE Biológico	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Documento de registro y control de vacunación	PROGRAMADO	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	0	0	100%
						EJECUTADO																0			
052	Semana de la salud laboral; Control nutricional prevención de obesidad, prevención de cáncer de mama, control de riesgo cardiovascular; visiómetría, otologías, audiometría; valoración ocupacional periódica; control del estrés (spa, sauna) balneoterapia, vacunación	H/A	Programa de PYP y estilos de vida saludable SVE (Biomecánico, biológico y radioprotección)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Conceptos de aptitud médica Registro y control de asistencia	PROGRAMADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	0%	100%
						EJECUTADO																0			
053	Aplicación de batería de riesgo psicosocial	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Diagnostico psicosocial de la población trabajadora 2022 firmado por Psicologo con licencia SST vigente	PROGRAMADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	1	0%	0%	100%
						EJECUTADO																0			
054	Seguimiento y control de trabajadores reubicados o con restricciones (readaptados)	VIA	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Actas de seguimiento, y conceptos firmados	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																0			
055	Realizar la línea basal con la ARL de Programas de Gestión de Riesgos (vigilancia epidemiológica) Riesgo Biológico Riesgo Radiaciones ionizantes Riesgo biomecánico Riesgo Alturas Riesgo psicosocial Emergencias Riesgo Vial	H/A	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Línea basal, y compromisos formulados	PROGRAMADO	0%	0%	1	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5	0%	100%
						EJECUTADO																0			
056	Seguimiento al Desarrollo de actividades de los Programas de gestión del Riesgo SVE.	VIA	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Actas de reunión	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																0			
057	Desarrollo de los de Programas de Gestión de Riesgos (vigilancia epidemiológica) -Riesgo biomecánico -Riesgo psicosocial -Riesgo Vial	H	Sistema integrado de gestión SG-SST	Profesional de apoyo de salud laboral	Programas desarrollados, matriz de seguimiento de funcionarios con condiciones de salud, batería de riesgo psicosocial, Plan estratégico de seguridad vial	PROGRAMADO	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	10	0%	100%
						EJECUTADO																			
058	Desarrollo de Programas de Prevención del Riesgo en las áreas críticas; vulnerables pas enfermedades laborales (Odonología, servicios básicos generales, vacunación, administración - facturación.	H	Sistema integrado de gestión SG-SST	Profesional de apoyo de salud laboral	Programas desarrollados e implementados, documentados por capítulos en el Programa de PYP	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO																0			
059	Análisis de Puesto de Trabajo	H	Sistema integrado de gestión SG-SST	Profesional de apoyo de salud laboral	Matriz de seguimiento de análisis, puestos nuevos, y evidencia de mejora en los antiguos	PROGRAMADO	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																0			
060	Desarrollo de Programas de Capacitación	H	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas Profesional del apoyo	Cronograma de capacitación, soportes de ejecución	PROGRAMADO	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	11	0%	100%
						EJECUTADO				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
061	Desarrollo de Matriz de peligros en las áreas asistenciales y administrativas	H	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Matriz de peligros desarrollados	PROGRAMADO	0%	0%	1	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO				0												0			
062	Realización de informes a los entes de control	H	SGSST	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Informes a entes de control	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	0%	100%
						EJECUTADO																			
063	Evaluación de carrera administrativa a funcionario del proceso	H	Sistema integrado de gestión-Talento humano	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Resultado de la calificación, entregable a talento humano	PROGRAMADO	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	0%	100%
						EJECUTADO																0			
064	Formular lista de chequeo o método de evaluación cuantitativa para medir los simulacros de emergencias o un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Lista de chequeo de evaluación de simulacros de emergencias	PROGRAMADO	0%	1%	1%	1%	0%	1	0%	1	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
	Documentar el proceso de evaluación y reubicación de usuarios que contemple: Identificación de usuarios que deba ser reubicados.		Programa de Auditoría	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Ady.Vargas	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos	PROGRAMADO				1	0%	1	0%									2			

065	Comunicación de esta situación a los familiares. Sistema de transporte de los usuarios. Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente y personal de atención	H	para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Lider de seguridad y salud en el Trabajo/Ady Vargas	Plan de evacuación de evacuación de salas de pacientes hospitalizados	EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	100%
066	Ajustar el sistema sonoro (alarma) y sistemas de comunicación en caso de emergencias	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Lider de seguridad y salud en el Trabajo/Ady Vargas	Alarmas instaladas en todas las sedes del Hospital y probadas tecnicamente con personal idoneo, acta de verificación firmada	PROGRAMADO EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	0%	100%
067	Adquisición de sistema de comunicación en caso de emergencias	H/A	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Lider de seguridad y salud en el Trabajo/Ady Vargas	Adquisición de Radios, y asignación a las areas, documento de asignación firmado por el lider de proceso	PROGRAMADO EJECUTADO	0%	1	0%	0%	0%	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	0%	100%
068	Incluir en la Guía del Usuario la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio y/o emergencias	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Lider de seguridad y salud en el Trabajo/Ady Vargas / Imagen corporativa	Guía de atención a usuario (video)	PROGRAMADO EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	1	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2	0%	100%



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN CLÍNICA		
SUBPROCESO:	GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y HUMANIZACION		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LÍDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
FECHA DE ELABORACIÓN	27/01/2023	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	SEGURIDAD DEL PACIENTE		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				% DE AVANCE TOTAL
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META	
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
1	Establecer el plan de acción de seguridad del paciente vigencia 2023	P	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Líder de programa de seguridad del paciente	Plan de acción vigencia 2023 Resolución de aprobación del plan de acción	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0% 0%											1 0	0% 0%	100%
2	Formular el programa de seguridad del paciente vigencia 2023	P	Política de seguridad del paciente/PAMEC/SIG	Líder de programa de seguridad del paciente	Programa de seguridad del paciente 2023 Resolución de aprobación del programa de seguridad del paciente.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0% 0%											1 0	0% 0%	100%
3	Formular el Cronograma de Formación Continua del programa de seguridad del paciente. (Incluir las guías de las buenas practicas del ministerio)	P	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Líder de programa de seguridad del paciente	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0% 0%											1 0	0% 0%	100%
4	Actualizar fichas de indicadores del programa de seguridad del paciente.	P	Política de evaluación y desempeño/SIG	Líder de programa de seguridad del paciente	Fichas de indicadores de gestión actualizadas y hojas de medición y seguimiento del programa de seguridad del paciente.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0% 0%										1 0	0% 0%	100%
5	Implementar y Realizar Seguimiento al programa de seguridad del paciente	HV	Política de seguridad del paciente/PAMEC/SIG	Líder de programa de seguridad del paciente	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0					1 0				1 0	0% 0%	100%
6	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del programa de seguridad del paciente	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Líder de programa de seguridad del paciente	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0					1 0				1 0	0% 0%	100%
7	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorías Internas 2. Auditorías Externas 3. Investigaciones de eventos adversos 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PQRSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión. 9. Administración de riesgos.	HV	SIG	Líder del Programa de seguridad del paciente.	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta líderes Internación)	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0					1 0				1 0	0% 0%	100%
8	Realizar o actualizar los siguientes Documentos: 1. Manual del programa de seguridad del paciente. 2. Manuales de los subprogramas de seguridad del paciente. 3. Protocolo de prevención de caídas 4. Protocolo de identificación de pacientes. 5. Protocolo de prevención de úlceras por presión (piel sana). 6. Protocolo de administración segura de medicamentos 7. Procedimiento de reporte y gestión de eventos adversos.	H	PAMEC	Líder del Programa de seguridad del paciente. Referentes médicos y/o profesionales complementarios.	Documentos actualizados y remitidos a calidad	PROGRAMADO EJECUTADO				2 0					1 0				1 0	0% 0%	100%
9	Aplicar encuesta del clima de seguridad del paciente el personal asistencial de la institución	H	PAMEC	Líder de proceso de seguridad del paciente	Registro (online) de encuesta de clima laboral Informe de clima de seguridad del paciente 2023	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0	1 0							2 0	0% 0%	100%



CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

10	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos: 1. Protocolo de Identificación de pacientes. 2. Protocolo de prevención y reducción de caídas. 3. Protocolo de administración segura de medicamentos.	V	SOGCS/SUH	Líder del Programa de seguridad del paciente.	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO					1	0%						1	0%							1	0%					1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																											0	0%		
11	Realizar medición y seguimiento a los Indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores del programa de seguridad del paciente. 2. Indicadores Normativos: *Resolución 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	V	SOGCS/SUH	Líder del Programa de seguridad del paciente.	Informe Estadístico de Indicadores del programa de seguridad del paciente.	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%		
12	Realizar seguimiento al programa de seguridad del paciente	VIA	Política de seguridad del paciente/Política de evaluación y desempeño/SIG	Líder de proceso Líder del Programa de seguridad del paciente.	Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO					1	0%						1	0%							1	0%				4	0%	100%			
						EJECUTADO																										0	0%			
13	Realizar seguimiento al plan de acción de seguridad del paciente.	VIA	Política de evaluación y desempeño/SIG	Líder de proceso Líder del Programa de seguridad del paciente.	Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO					1	0%						1	0%							1	0%				4	0%	100%			
						EJECUTADO																										0	0%			
14	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, plan de acción, gestión del riesgo, Etc).	VIA	Política de evaluación y desempeño/SIG	Líder de proceso Líder del Programa de seguridad del paciente.	Registro de Seguimiento y control (primera línea de defensa) del Plan de seguimiento y mejoramiento institucional	PROGRAMADO					1	0%						1	0%							1	0%				4	0%	100%			
						EJECUTADO																										0	0%			

MEDICIÓN Y MONITOREO



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	INTERNACIÓN		
SUBPROCESO:	INTERNACIÓN ADULTO, PEDIATRIA, NEONATOS, PABELLON QX		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LÍDER DE INTERNACIÓN		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO DE 2023	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META					
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%					
1	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%			
						EJECUTADO																	0		
2	Formular el Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%			
						EJECUTADO																	0		
3	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%			
						EJECUTADO																	0		
4	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorías Internas SUH 2. Auditorías Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PQRSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión.	HV	SIG	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta líderes Internación)	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%				
						EJECUTADO																	0		
5	Realizar o actualizar Documentos del subproceso: 1. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes de la unidad de cuidados intermedios o críticos. 3. Cateterismo vesical (Transversal, con especial énfasis en las particularidades de neonatos). 4. Protocolo de Manejo del Dolor (Transversal) 5. Protocolo de Toma de signos vitales (Transversal) 6. Protocolo de Control de Líquidos (Transversal) 7. Protocolo de Sujeción o inmovilización del paciente (Incluir neonatos). 8 Atención a víctimas por agentes químicos 9. Protocolo del manejo de pacientes con cuidados paliativos (Revisar posibilidad de Integrar el código Lita). Protocolo de baño en cama. 10. Guía de manejo de sedación (Incluir actividades de terapia respiratoria) 11. Protocolo de manejo de dificultad respiratoria (Neonatos). 12. Administración de sangre y derivados en neonatos. 13 Guía de manejo del Dengue .	H	SOGCS/SUHPAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso Referentes médicos y/o profesionales complementarios.	Documento actualizado y remitido a calidad	PROGRAMADO				3	0%			3	0%			4	0%		2	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																		0	
6	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos: 1. Fuga de Pacientes. 2. Traslado Seguro de Pacientes. 3. Código Azul. 4. Control de Líquidos. 5. Toma de signos vitales 6. Protocolo de Identificación de pacientes	V	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																		0	



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	ATENCIÓN INMEDIATA		
SUBPROCESO:	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS/REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	LÍDER DE PROCESO DE INTERNACIÓN/LÍDERES DE SUBPROCESOS		
FECHA DE ELABORACIÓN	VIGENCIA:	2023	
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL			
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
0%	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	DICIEMBRE	AVANCE	META			
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
1	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
2	Formular el Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
3	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del Proceso de Internación	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
4	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorías Internas SUH 2. Auditorías Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PQRSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión.	HV	SIG	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta líderes Internación)	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
5	Realizar actualización de Documentos: 1. Protocolo del manejo de la información del estado clínico del paciente (Transversal- según característica de cada servicio.) 2. Protocolo de Triage (Integrar la urgencia obstétrica). 3. Protocolo de atención de con diagnóstico en salud mental (Intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, agitación psicomotora, agudización, crisis.) 4. Protocolo de reanimación cardiopulmonar básico y avanzado (código azul). 5. Ciclo de atención de urgencias. 6. Protocolo o guía de cadena de custodia de víctimas de maltrato físico o psicológico	H	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso Referentes médicos y/o profesionales complementarios.	Documento actualizado y remitido a calidad. 1. Protocolo del manejo de la información del estado clínico del paciente (Transversal- según característica de cada servicio.) 2. Guía del Triage (Integrar la urgencia obstétrica). 3. Guía médica del Dengue. 4. Guía manejo de paciente con diagnóstico en salud mental (Intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, agitación psicomotora, agudización, crisis.) 6. Guía de Manejo del Dolor. (Transversal)	PROGRAMADO				2	0%		3	0%		3	0%		3	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO																	
6	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos: 1. Fuga de Pacientes. 2. Traslado Seguro de Pacientes. 3. Código Azul. 4. Control de Líquidos. 5. Administración Segura de Medicamentos. 6. Reanimación cardiopulmonar básico y avanzado	V	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
7	Realizar medición y seguimiento a los Indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores de gestión generales. 2. Indicadores Normativos: *Resolución 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	V	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Informe Estadístico de Indicadores de Gestion del proceso	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01

PROCESO	GRUPO QUIRURGICO		
SUBPROCESO:	SERVICIO DE CIRUGIA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LÍDER DEL SERVICIO DE CIRUGIA		
FECHA DE ELABORACIÓN	25/01/2023	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

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%			
1	Establecer el plan de acción de la vigencia 2023	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0	
2	Formular el Cronograma de Formación Continua del Subproceso de Cirugía- 2023	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%		
						EJECUTADO																		0	
3	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del subproceso de Cirugía	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%				1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																		0	
4	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorias Internas SUH 2. Auditorias Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PORSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión. 9. Administración de riesgos.	HV	SIG	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta lideres Internación)	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%			1	0%		4	0%	100%		
						EJECUTADO																		0	
5	Realizar o actualizar los siguientes Documentos: 3 consentimiento informados más comunes por especialidad.	H	SOGCS/SUH		Documento actualizado y remitido a calidad	PROGRAMADO					3	0%		3	0%			3	0%		1	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO																			0
6	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos: 1.Fuga de Pacientes. 2. Traslado Seguro de Pacientes. 3. Código Azul. 4. Control de Líquidos. 5. Administración Segura de Medicamentos. 6. Protocolo de consentimiento informado	V	SOGCS/SUH	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%				1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																			0
7	Realizar medicion y seguimiento a los indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores de gestión generales. 2. Indicadores Normativos: *Resolución 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	V	SOGCS/SUH	Lider de Proceso Lideres de Subproceso	Informe Estadístico de Indicadores de Gestión del proceso	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%				1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																			0
8	Realizar seguimiento al nlan de acción de Internación	VIA	Política de evaluación		Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO															0	0	100%		



CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01		y desempeño/SIG		EJECUTADO		PROGRAMADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		
9	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, vistas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, plan de acción, gestión del riesgo, Etc).	VIA	Política de seguimiento y evaluación del desempeño/SIG	Registro de Seguimiento y control (primera línea de defensa) del Plan de seguimiento y mejoramiento institucional																0		
						1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%
																				0	0%	

MEDICIÓN Y MONITOREO



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01

PROCESO	COMPLEMENTACIÓN TERAPEÚTICA		
SUBPROCESO:	SERVICIO DE TERAPIAS		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	LÍDER DEL SERVICIO DE TERAPIAS		
FECHA DE ELABORACIÓN	25/01/2023	VIGENCIA:	2023
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2023		

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			
1	Establecer el plan de acción de la vigencia 2023	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
2	Formular el Cronograma de Formación Continua del Subproceso de Terapias - 2023	P	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%												1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
3	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del subproceso de Terapias	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAME C	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																	0
4	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorías Internas SUH 2. Auditorías Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PORSD 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión. 9. Administración de riesgos.	HV	SIG	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta líderes Internación)	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
5	Realizar o actualizar los siguientes Documentos: 1. Guía de Rehabilitación del Paciente de Internación (Tener en cuenta, antes durante y después de la atención) 2. Guía de atención de pacientes por consulta externa (Tener en cuenta, antes durante y después de la atención. 3. Guía de Orientación al Usuario que egresa de los servicios de Terapia. 4. Finalizar los documentos en proceso de actualización durante la vigencia 2022 con las escalas de valoración y flujogramas de acuerdo a la práctica actual y determinada en procesos prioritarios.	H	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso Referentes médicos profesionales complementarios.	Documento actualizado y remitido a calidad	PROGRAMADO					2	0%		3	0%		3	0%	10	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
6	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos: 1.Fuga de Pacientes. 2. Traslado Seguro de Pacientes. 3. Código Azul. 4. Control de Líquidos. 5. Administración Segura de Medicamentos.	V	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																	0
7	Realizar medición y seguimiento a los indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores de gestión generales. 2. Indicadores Normativos: *Resolución 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	V	SOGCS/SUH	Líder de Proceso Líderes de Subproceso	Informe Estadístico de Indicadores de Gestión del proceso	PROGRAMADO					1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																	0
8	Realizar seguimiento al plan de acción de Internación	VIA	Política de evaluación		Registro de seguimiento y control del Plan de acción	PROGRAMADO													0	0	100%		



CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01		y desempeño/SIG		EJECUTADO		PROGRAMADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		EJECUTADO		
9	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, vistas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, plan de acción, gestión del riesgo, Etc).	VIA	Política de seguimiento y evaluación del desempeño/SIG	Registro de Seguimiento y control (primera línea de defensa) del Plan de seguimiento y mejoramiento institucional			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	100%
																					0	0%

MEDICIÓN Y MONITOREO