



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% | | | | | | | | | 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% | | | | | | | | | 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% | | | | | | | | | 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% |

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% | | | | |
| 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. - PGRASA • 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% |



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 | 0 | 25 | 0% | 25 | 0% | 50 | 0% | 100 | 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 | 0 | 0 | 100 | 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 | 50 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 0% | 100 | 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 | 100 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 | 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 | 0 | 0 | 0 | 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 | 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 | 50 | 0 | 0 | 100 | 0% | 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 | 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 | 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 Polizas para el amparo del Hospital del Sarare, en marco de la polizza de defensa jurídica. | P | Política de Defensa Jurídica | Jimmy Rangel | Contratación de Polizas 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 revision 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% | 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% | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0% |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0% |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0% |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0% |

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 |



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 | DICIEMBRE | AVANCE | META | | | | | | | |
| | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 /Cómite 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 /Cómite de gestión y desempeño | Plan de mejoramiento y seguimiento Acta de gestión del comité de gestión y desempeño | PROGRAMADO | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0% | 1 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |



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 | 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 | 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% | 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% | 1 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 calidadhs2018@gmail.com | PROGRAMADO | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 011 | Presentar los indicadores de seguridad del paciente definidos en la resolución 0256 trimestralmente para ser cargados en la plataforma PISIS 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 calidadhs2018@gmail.com | PROGRAMADO | | | | 1 | 0% | | | 1 | 0% | | | 1 | 0% | | 1 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|--|-------------------------|--|------------|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|---|----|----|----|---|----|----|----|------|------|------|
| 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 habitación 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 | 1 | 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% | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |



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% | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | Vanessa Lizarazo | Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad | PROGRAMADO | | 1 | 0% | | | | | | | | | | | 1 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | | 1 | 0% | 4 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |



303.22.01

| ID | Descripción de la actividad | Prioridad | Tipo de Gestión | Responsable | Detalle de la actividad | Avance de ejecución | | | | | | | | | | | | Total | Porcentaje | Estado | | | | | |
|-----|--|-----------|------------------------------|-----------------------|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|-------|------------|--------|---|----|------|------|------|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | | |
| 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 integrado de gestion | Angelica Rivera Rocha | Oficio de la gestion 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 Reunion Oficio de conformacion | 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 integrado 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 integrado de gestion | Angelica Rivera Rocha | Oficio de la gestion 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 integrado de gestion | Angelica Rivera Rocha | Oficio de la gestion 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 integrado 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, modificadorio de la Rs 4506, a EPS: así como el cambio 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



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 | DIEMBRE | 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 gestión | 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% | | 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 servicios. www.hospitaldelsarare.gov.co | PROGRAMADO | 2 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 2 | 0% | 2 | 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 | 77 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 clínicas físicas al sub proceso de archivo e historias clínicas; 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 única historia clínica, incluyendo la apertura de la misma, así como la entrada de historias clínicas físicas al sub proceso de archivo e historias clínicas; en la modalidad intra y extramural (MG, SOG y SRO) | H | Gestion documental | Jorge Gutierrez Sepulveda | Procedimiento Documentado Formato Unificado historia Clínica | PROGRAMADO | | | 2 | 0% | | | | | | | | | 2 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |



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% | 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% | 3 | 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% | 3 | 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% | | | |



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 | 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 | Sandra Vargas | Plan de acción Acta de aprobación | PROGRAMADO | 1 | 0% | | | | | | | | | | | | | 1 | 0% | 100% | | |
| | | | | | | EJECUTADO | 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% | | 1 | 0% | 4 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | 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% | 12 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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% | 11 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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% | 12 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 <small>(Planear, Hacer, Verificar, Actuar)</small> | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | 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% | | | 4 | 0% | 100% | | | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| 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% | 12 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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% | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0% | 100% | | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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% | | | | | | | | 2 | 0% | 100% | | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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% | 11 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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% | 10 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| | | | | 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% | 100% | |



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 | 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 | Efrain Murcia | Plan de acción Acta de aprobación | PROGRAMADO | 1 | 0% | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0% | 100% | | | | | | |
| | | | | | | EJECUTADO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | |
| 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% | 1 | 0% | 1 | 0% | 12 | 0% | 100% | | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 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% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 12 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | 1 | 0% | 1 | 0% | 1 | 0% | 12 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | 1 | 0% | | | | | | | | | | 6 | 0% | 100% | |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | 2 | 0% | | | | | | | | | | | 10 | 0% | 100% |
| | | | | | | EJECUTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 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% | 5 | 0% | 5 | 0% | 5 | 0% | 48 | 0% | 100% |



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 | 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 | 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 integrado de gestión | 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 Cirugía | P | Sistema integrado de gestión | Gerson Martinez y Liliana Peña | Indicador de proporción de cancelación de cirugía, oportunidad en la programación de cirugía, porcentaje de rechazo de muestras de cirugía, porcentaje ocupacional de salas de cirugías, porcentaje de complicaciones posquirúrgicas. Fichas técnicas | PROGRAMADO | | | 5 | 0% | | | | | | | | | | | | | 5 | 0% | 100% | | |
| | | | | | | EJECUTADO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0% |
| 004 | Identificación de riesgos y oportunidades del subproceso servicio de Cirugía | 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 influyen 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 Elaboración 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 Cirugía | 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 Cirugía | 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 posquirúrgicos, 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 criotriodotomía 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 dotación 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 dotación 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 |

