



CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

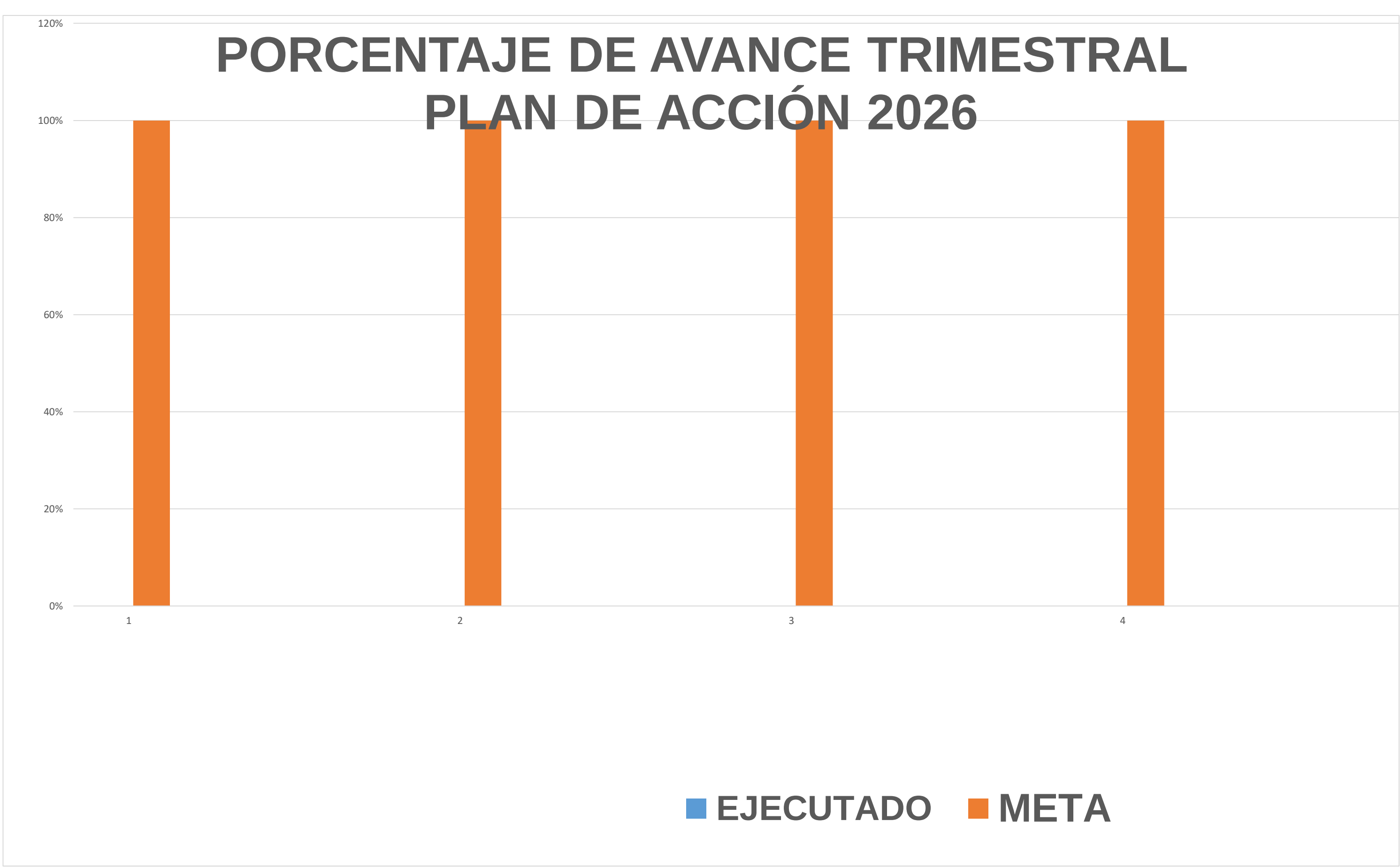
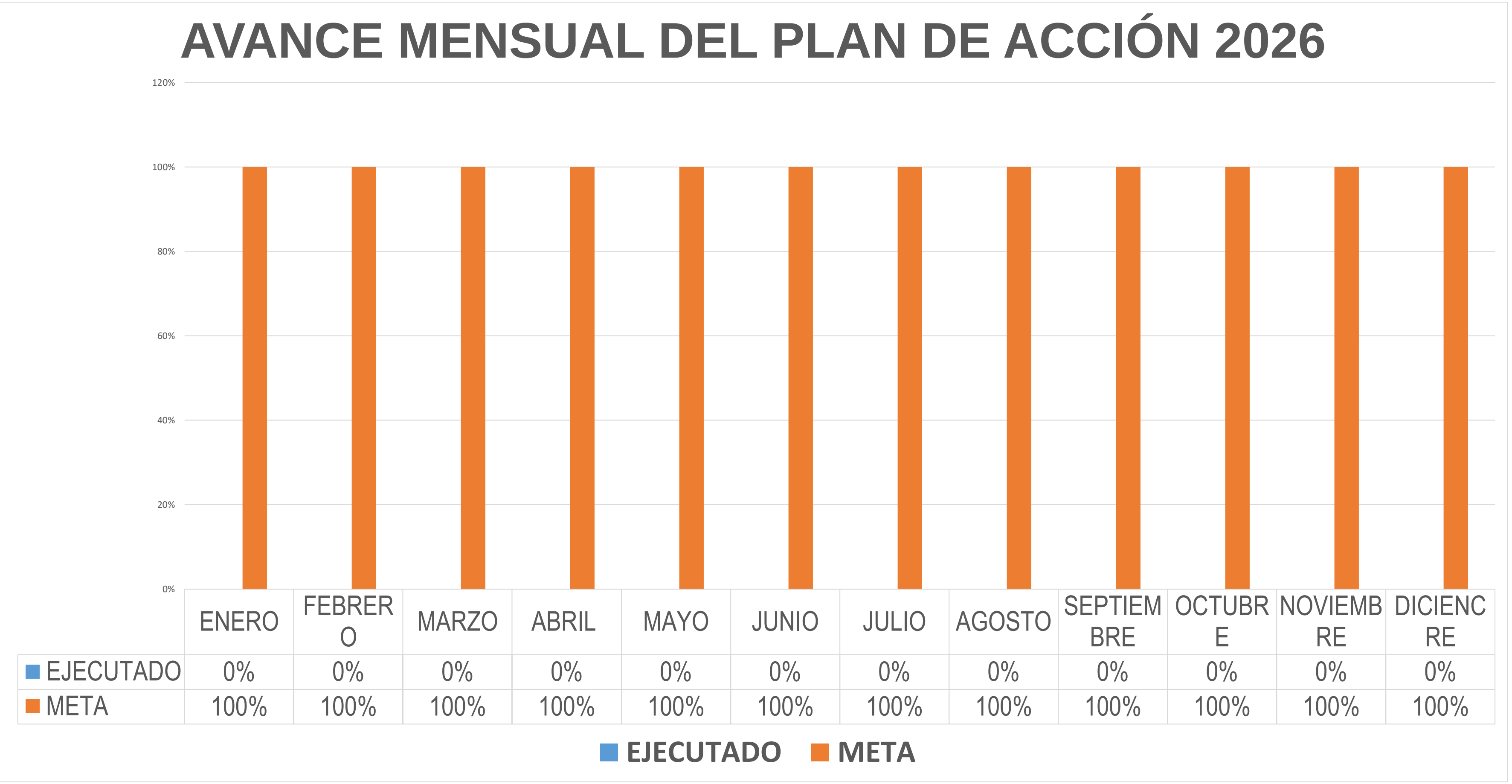
PROCESO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
SUBPROCESO:	GERENCIA DIRECCIÓN- PLANEACIÓN- GESTIÓN DE MERCADEO Y VENTA DE SERVICIOS- COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORATIVA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	JORGE ELICER MORA ALVARADO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2026		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Modernizar el SGC para la planificación, implementación, seguimiento y evaluación del desempeño del Sistema de gestión Integrados del Hospital del Sarare E.S.E.		

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

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	SUBPROCESO / RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE		META			
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	Presentar informe RIPS IV Trimestre 2025 ante junta Directiva	V	Resolución 408	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%		
						EJECUTADO		0											0					
2	Informe cuenta anual y plann de mejora contraloria	V		Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Informe a Contraloria 10 de Febrero	PROGRAMADO		1	0%											1	0%	100%		
						EJECUTADO		0											0					
3	Informe Plan de mejora Contraloria departamental	P		Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva y Acuerdo de Junta	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%		
						EJECUTADO			0										0					
4	Proyecto de acuerdo adición saldos tesoreria	P	Resolución 408	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva y Acuerdo de Junta	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%		
						EJECUTADO			0										0					
5	Presentar informe de cumplimiento del Plan de Gestión 2024 a la Junta directiva para evaluación de la vigencia. (MAXIMO 1 DE ABRIL) CIRCULAR EXTERNA 202315100000008-5 DE 2023. I procedimiento establecido en el articulo 74 de la Ley 1438 de 2011 y los contenidos establecidos en los anexos adoptados por la Resolución 710 de 2012, modificada por las resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018. AJUSTES PLAN OPERATIVO 2025	V	Resolución 408	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva y Acuerdo de Junta	PROGRAMADO			1	0%										1	0%	100%		
						EJECUTADO			0										0					
6	Evaluación del plan de gestión gerencial 2024La Junta Directiva debe evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión y, además, debe notificar los resultados de la evaluación al Gerente de la ESE.	V	Plan de Desarrollo	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acuerdo de Junta Directiva	PROGRAMADO				1	0%									1	0%	100%		
						EJECUTADO				0									0					
7	Presentar informe RIPS Trimestre 2025 ante junta Directiva	V	Resolución 408	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO					1	0%			1	0%			1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO					0				0			0						0
8	Elaboración y seguimiento del Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Incluir PTEE).	P	Plan de Desarrollo	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%
						Resolución de Aprobación	EJECUTADO	0						0					0					
9	Definición la estrategia de Rendición de Cuentas para la Vigencia 2025 y diligenciamiento MURC	P	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Plan de Rendición de Cuentas	PROGRAMADO			1	0%									1	0%	100%		
						Publicación del Plan en Página WEB	EJECUTADO			0									0					
10	Realizar ejecución de la estrategia de rendicion de Cuentas	H	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Acta de rendición de Cuentas	PROGRAMADO					1	0%							1	0%	100%		
							EJECUTADO					0							0					
11	Realizar consolidación del Plan de Acción Insitucional de Acuerdo al Decreto 612 de 2018	P	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%		
						Resolución de Aprobación	EJECUTADO	0											0					

29	Actualización del Manual de comunicaciones	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Manual de comunicaciones aprobado	PROGRAMADO																									1	0%			1	0%	100%		
						EJECUTADO																												0			0		
30	Videos venta de servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Corporación Trochando sin Fronteras	Videos	PROGRAMADO			4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	44	0%	100%
						EJECUTADO																															0		
31	Actualización videos Sala de Espera	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Corporación Trochando sin Fronteras	Videos	PROGRAMADO			2	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%			29	0%	100%
						EJECUTADO																															0		
32	Guia del Usuario	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Guia del usuario	PROGRAMADO					1	0%																							1	0%	100%		
						EJECUTADO					0																										0		
33	Rendición de Cuentas	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Informe rendicion de cuentas publicaciones en la web	PROGRAMADO											1	0%																	1	0%	100%		
						EJECUTADO											0																				0		
34	Video Entrevista Usuarios Satisfechos	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Videos	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO			0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
35	Video destacar Funcionarios y su trayectoria	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Videos	PROGRAMADO							1	0%					1	0%					1	0%									3	0%	100%		
						EJECUTADO					0						0						0				0									0			
36	Manual de Uniformes	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Talento Humano, Subgerente Abner Hernandez , Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Manual	PROGRAMADO																										1	0%	1	0%	100%			
						EJECUTADO																															0		
37	Programa Radial "El Consultorio"	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	programa radial	PROGRAMADO			2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	22	0%	100%
						EJECUTADO			0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
38	Actualización de Señalización direccionable por servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Fotos	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	6	0%	100%		
						EJECUTADO			0				0				0				0				0				0				0		0		0		0
39	Boletín Informativo Bimestral	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Boletín publicado	PROGRAMADO			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	6	0%	100%		
						EJECUTADO																														0			
40	Posters Jornada de salud, Jornadas de Donación, Jornadas vacunación	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Poster publicado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
41	Posters Venta de Servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Poster publicado	PROGRAMADO			4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	44	0%	100%
						EJECUTADO			0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
42	Campaña de Promoción de la marca	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Fernanda	Campaña	PROGRAMADO					1	0%					1	0%					1	0%					1	0%			1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO					0						0				0				0				0				0		0		0		

MEDICIÓN Y MONITOREO



SEGUIMIENTO Y CONTROL										
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)					SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)			TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)		
FECHA DE SEGUIMIENTO	% DE AVANCE	ANALISIS DE RESULTADOS	ACCIONES DE TOMAR	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE



Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GETH		
SUBPROCESO:	TALENTO HUMANO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	SUBGERENCIA DE TALENTO HUMANO		
FECHA DE ELABORACIÓN	9/01/2026	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN DEL SUBPROCESO DE TALENTO HUMANO		

CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PLAN DE ACCIÓN

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

							CRONOGRAMA DE TRABAJO																INDICADOR DE AVANCE									
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	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		AVANCE	META
							3%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%			
001	Formular, aprobar y socializar el Plan de Acción del Subproceso de Talento Humano para la vigencia 2026.	P	Política: Gestión del Talento Humano	Profesional Apoyo TH: Hasslye Carmona	Plan de acción	PROGRAMADO	1	100%																						1	100%	100%
					Acta de aprobación	EJECUTADO	1																									
002	Realizar seguimiento y evaluación trimestral al Plan de Acción del Subproceso de Talento Humano.	V	Política: Gestión del Talento Humano	Profesional Apoyo TH: Hasslye Carmona	Informe trimestral de seguimiento	PROGRAMADO						1	0%					1	0%					1	0%			1	0%	4	0%	100%
					Informes realizados	EJECUTADO																		0								
003	Gestionar los procesos de ingreso, afiliaciones y retiro del personal conforme a la normatividad vigente.	H	Ingreso, permanencia y retiro.	Auxiliar de ingreso: Erika Vera	Hojas de vida completas, afiliaciones, formatos de inducción, actos administrativos.	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%	
					Procesos gestionados oportunamente / Procesos requeridos.	EJECUTADO																										
004	Programar, aprobar y hacer seguimiento al cronograma anual de vacaciones del personal.	P	Ingreso, permanencia y retiro.	Auxiliar de ingreso: Erika Vera Profesional Nómina: Rosita Ibarra	Plan vacacional anual y actos administrativos	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%	
					Funcionarios con vacaciones programadas / Total funcionarios.	EJECUTADO																										
005	Coordinar y hacer seguimiento al proceso de Evaluación del Desempeño Laboral del personal de carrera.	P	Gestión del desempeño institucional	Profesional Docencia, Servicio e Investigación Profesional Apoyo TH: Hasslye Carmona	Informes semestrales y anual del proceso de EDL.	PROGRAMADO			1	0%								1	0%										2	0%	100%	
					Evaluaciones realizadas / Evaluaciones programadas.	EJECUTADO																	0									
006	Formular y ejecutar el Plan Institucional de Capacitación – PIC conforme a las necesidades institucionales.	P	PIC	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	PIC aprobado y publicado	PROGRAMADO	1	0%																				1	0%	100%		
					Actividades ejecutadas / Actividades programadas.	EJECUTADO																0										
007	Formular el Plan de Bienestar Social e Incentivos de la vigencia.	P	Plan de Bienestar Social e Incentivos	Profesional Apoyo TH: Hasslye Carmona	Plan aprobado y publicado	PROGRAMADO	1	0%																				1	0%	100%		
					Acta de aprobación	EJECUTADO															0											
008	Ejecutar el Plan de Bienestar Social de la vigencia.	H	Plan de Bienestar Social e Incentivos	Subgerente de TH / Técnico II: Erika Gonzáles	Informe semestral	PROGRAMADO				1	0%				1	0%			1	0%					1	0%	4	0%	100%			
					Actividades ejecutadas / Actividades programadas.	EJECUTADO													0													
009	Implementar y hacer seguimiento al Programa de Prevención del Riesgo Psicosocial.	H	Clima organizacional y Riesgo Psicosocial	Psicólogo organizacional: Julieth Castro	Informe, plan de intervención	PROGRAMADO																			1	0%	1	0%	100%			
					Acciones ejecutadas / Acciones definidas.	EJECUTADO														0												
010	Garantizar la actualización, calidad y oportunidad de la información en SIGEP II, PASIVOCOL, CETIL y demás	H	Gestión de la información -	Auxiliar SIGEP: Yulitza Carrillo	Reportes trimestrales y soportes de cargue.	PROGRAMADO				1	0%				1	0%			1	0%					1	0%	4	0%	100%			





DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

[illegible]



DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN

Trimestre	EJECUTADO (%)	META (%)
1	~1	100
2	0	100
3	0	100
4	0	100

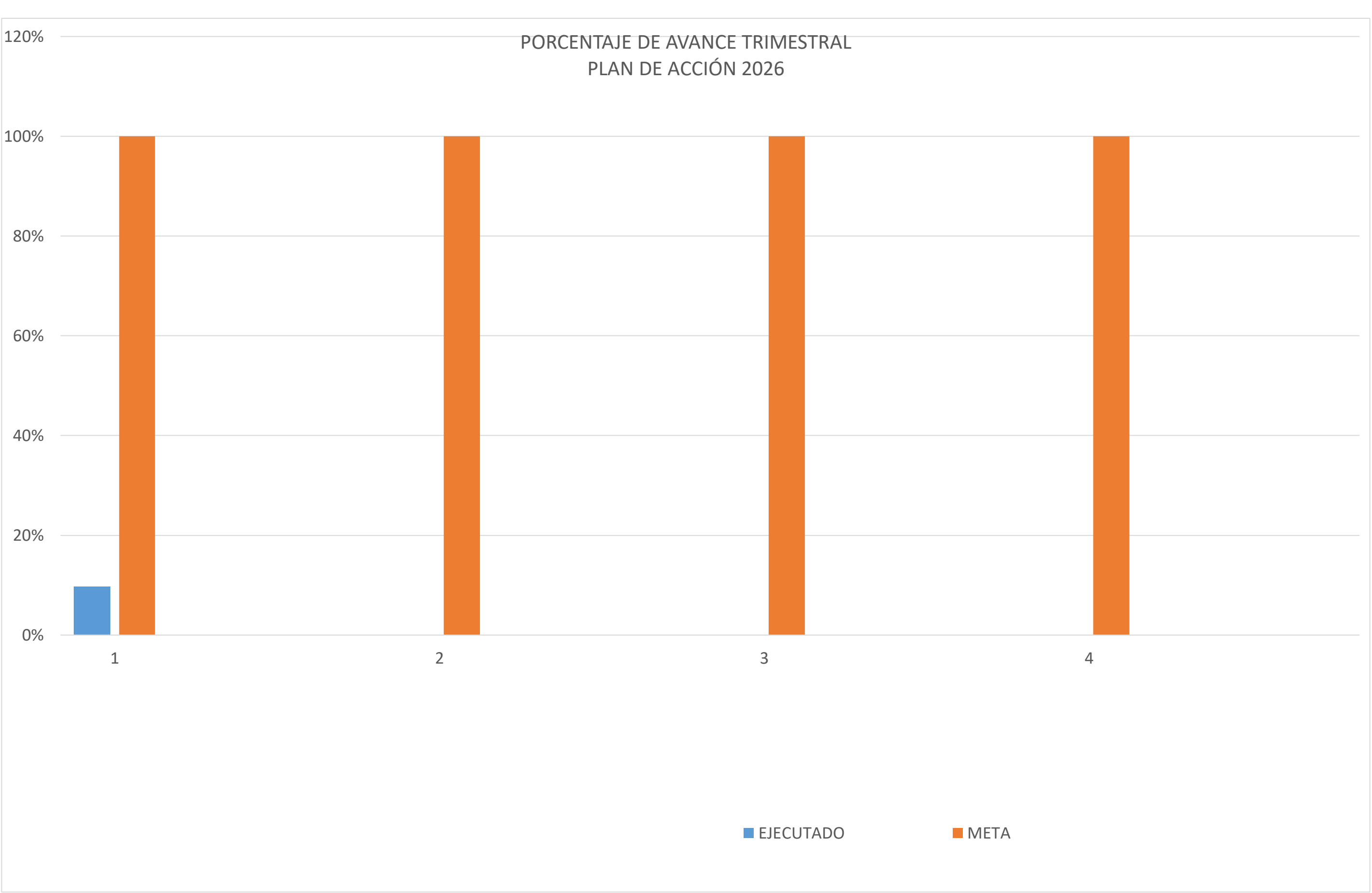
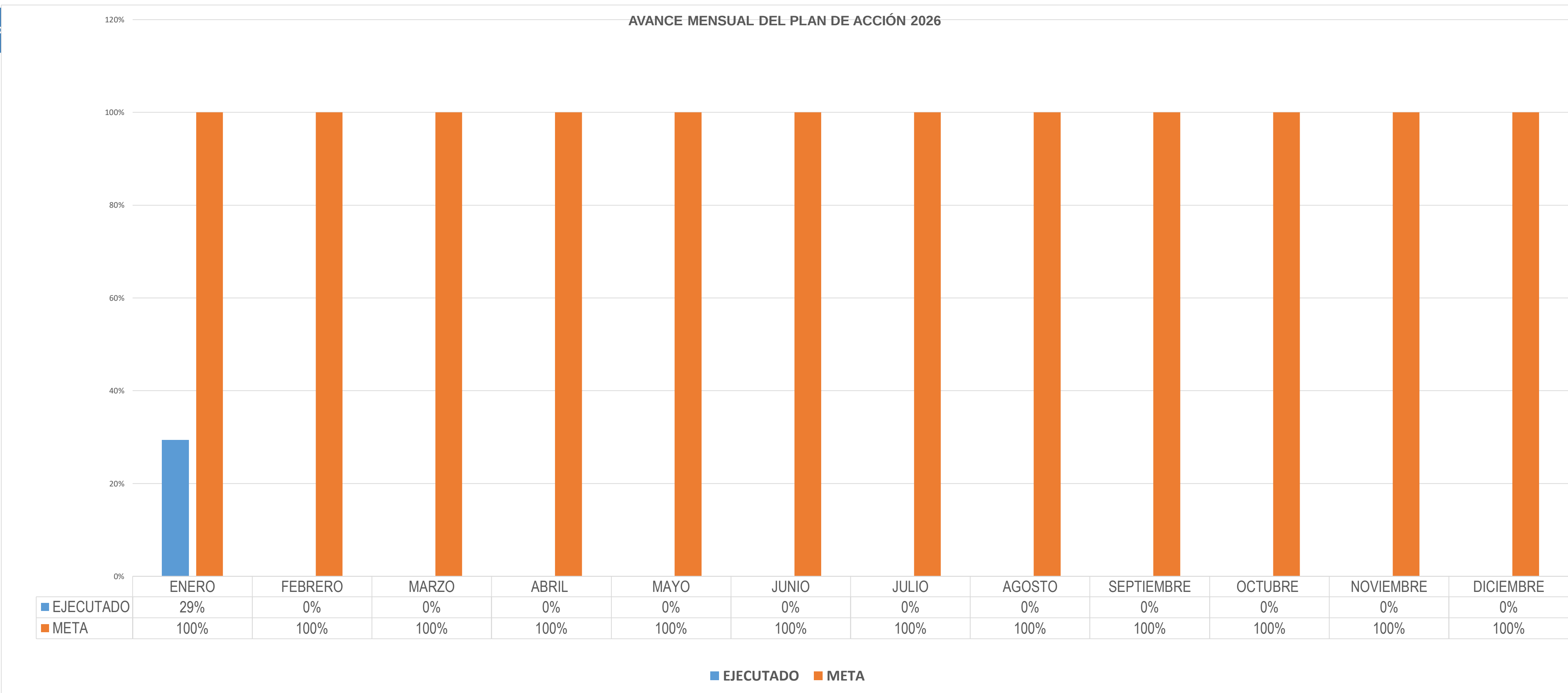
[illegible]



02

PLAN DE ACCIÓN

043	Actualización del Índice de Seguridad Hospitalaria de la entidad.	H	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R. Asesor de planeación	• Documento índice de seguridad hospitalaria actualizado.	PROGRAMADO							1	0%												1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
044	Incluir en la Guía del Usuario la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio y/o emergencias.	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Guía de atención a usuario (video) Actualización.	PROGRAMADO									1	0%										1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
045	BRIGADAS DE EMERGENCIAS • Actualizar la estructura de las brigadas de emergencias. • Actualización de hojas de vida de brigadistas. • Capacitación de las brigadas de emergencias	H	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	• Documento plan de emergencia actualizado • Acta de conformación de brigadas de emergencia. • Hoja de vida de brigadistas.	PROGRAMADO								1	0%	1	0%									2	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
046	Participación en reuniones y mesas de trabajo institucionales: -Mesa de trabajo de protección radiológica -Comité Emergencias - Comité de seguridad vial - Copasst - Comité de gestión y desempeño -Comité Ambiental -Comité IAAS -Comité seguridad del paciente -Unidad epidemiológica	H	Sistema Integrado de Gestión SIG	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Actas de reunión y registro fotográfico.	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					
047	Realización de estudios de conveniencia y oportunidad para la contratación necesaria para el proceso, y certificación de las mismas.	H	Sistema integrado de gestión	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Estudios de conveniencia	PROGRAMADO	1	100%				1	0%				1	0%			1	0%				4	25%	100%			
						EJECUTADO	1																			1					
048	Evaluación de carrera administrativa de funcionario del Subproceso.	H	Plan institucional	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Resultado de la calificación entregable a talento humano	PROGRAMADO			1	0%					1	0%			1	0%						3	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
049	AUDITORIA INTERNA AL SG-SST Planificar y realizar auditoria interna del SG-SST con base en el Decreto 1072 de 2015 y resolución 0312 de 2019 para la vigencia 2026.	V	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R. Líder de Gestión de la Calidad Asesor de Control Interno	Informe de Auditoria Interna	PROGRAMADO																			1	0%	1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0					
050	REPORTE DE ESTÁNDARES ARL Reporte de autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST de la vigencia 2026 en plataforma de ARL POSITIVA.	V	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Certificado de reporte expedido por la ARL	PROGRAMADO																			1	0%	1	0%	100%		
						EJECUTADO																				0					
051	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorias Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc.).	V/A	Sistema integrado de gestión	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%				5	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
052	Realizar los seguimiento al plan de mejoramiento de resultados de auditoria interna realizada a la vigencia 2026. (PAMEC)	A	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Addy Vargas	Plan de mejoramiento con gestión de observaciones.	PROGRAMADO			1	0%					1	0%			1	0%						3	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
053	Realizar seguimiento a los hallazgos de la visita de inspección del Ministerio de Trabajo y demás entes externos.	A	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/Addy Vargas	Plan de mejoramiento con gestión de hallazgos identificados en visita.	PROGRAMADO			1	0%	1	0%														2	0%	100%			
						EJECUTADO																				0					
054	Realizar seguimiento al plan de trabajo y determinar las acciones correctivas y realizar seguimiento a las mismas.	A	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	• Informes de seguimiento de los planes y programas del SG-SST • Planes de mejoramiento y seguimiento institucional definido y con seguimientos																										



						SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)			TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE AVANCE	% DE AVANCE	ANÁLISIS DE RESULTADOS	ACCIONES DE TOMAR	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
DEFENSA (LÍDER DE F15)										



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:	RESPONSABLE DE DOCENCIA SERVICIO E INVESTIGACIÓN		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2026		

CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PLAN DE ACCIÓN

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL

TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4
5%	0%	0%	0%

4%

							CRONOGRAMA DE TRABAJO																INDICADOR DE AVANCE		
N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE		META				
							14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%				0%	0%	0%	0%
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2025	P	Política de seguimiento y evaluacion del desempeño institucional	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Plan de acción	PROGRAMADO	1	100%													1	100%	100%		
					Acta de aprobación	EJECUTADO	1																	1	
002	Definición de indicadores del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Sistema integrado de gestión	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Manual único de indicadores (incluir 3 indicadores)	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%			1	0%	4	0%	100%	
					Tablero de indicadores (incluir 3 indicadores)	EJECUTADO														0	0%	0			
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Mapa de riesgos actualizado	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%			1	0%	4	0%	100%	
					Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	EJECUTADO													0	0%	0				
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que infieren en el subproceso para actualización de normograma institucional.	H	Normograma institucional	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO				1	0%		1	0%				1	0%		3	0%	100%		
						EJECUTADO													0						
005	Actualizacion de documentación del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	H	Gestión Documental	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Revisión actualización de documentos del subproceso: Manual de prácticas formativas. Procedimiento de supervisión del personal. Procedimiento de ingreso, permanencia y egreso del personal en formación. Procedimiento para la suscripción de convenio. Resolución de creación del comité de docencia –servicio N° 127 de 2021 “Artículo tercero: conformación” agregar miembros.	PROGRAMADO			1	0%			1	0%				1	0%		3	0%	100%		
						EJECUTADO													0						
006	Elaboración Documental del subproceso de Docencia - Servicio.	H	Gestion documental	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Elaboración documental de: Reglamento de prácticas formativas. (pendiente actualización y aprobación). Procedimiento de aplicación de evaluación de ingreso para trabajadores. Procedimiento análisis costo - beneficio	PROGRAMADO			1	0%			1	0%				1	0%		3	0%	100%		
						EJECUTADO												0							
007	Socializar, en el marco del Comité de Ética en la Investigación, las funciones y los principios éticos que deben considerarse en los proyectos de investigación.	H	Sistema integrado de gestion	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Acta de socialización	PROGRAMADO						1	0%							1	0%	100%			
						EJECUTADO												0							
008	Consolidar la información sobre la evaluación de ingreso del personal misional, socializar los resultados, realizar seguimiento y aplicar la evaluación de conocimientos.	H	Sistema integrado de gestion	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Formato Excel de evaluación. Registro de seguimiento y aplicación.	PROGRAMADO							1	0%					1	0%	2	0%	100%		
						EJECUTADO									0				0						
009	Realizar seguimiento al plan de acción y al informe de gestión y desempeño del subproceso de Gestión Docencia-Servicio e Investigación.	H	Sistema integrado de gestion	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%	
					Analisis de causas y definición de Planes de mejora	EJECUTADO												0	0%	0					
010	Participar en reuniones y mesas de trabajo institucionales.	H	Sistema integrado de gestion	Profesional Docencia, Servicio e Investigación	Actas de reunión y registro fotográfico.	PROGRAMADO				1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO											0	0%	0						





DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2026



■ EJECUTADO ■ META

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)

[illegible]





DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2026



■ EJECUTADO ■ META

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)

[illegible]



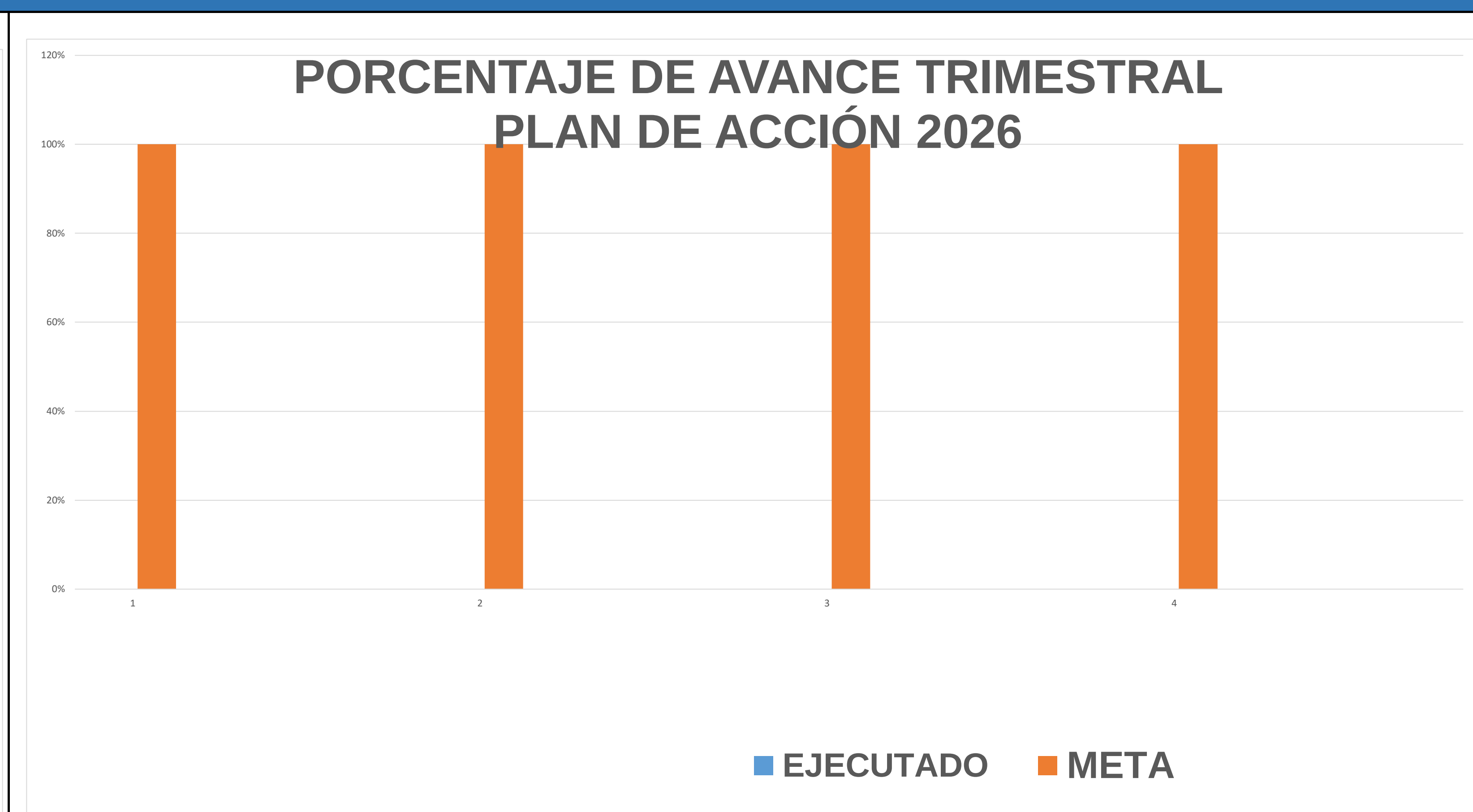


DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

[illegible]

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

10	Brindar atención psicosocial al cliente interno que lo requiera, mediante mecanismos institucionales de solicitud (link), garantizando atención oportuna y sin barreras.	H	Programa de humanización	Nilce Milena Téllez	Informe de atenciones psicosocial a funcionarios con base en la solicitud del mismo	PROGRAMADO											1	0%													1	0%	100%
						EJECUTADO																								0			
11	Evaluar la percepción del Buen Trato en el cliente externo, a través de evaluación del buen trato	V	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Encuesta de percepcion de buen trato al cliente externo / Base de datos de resultados	PROGRAMADO								1	0%															1	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
12	Realizar rondas de seguimiento y retroalimentación de la percepción de Buen Trato al cliente externo, en el marco de la Línea de Calidez en la Atención.	V	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Formatos SIC-01-F001 diligenciado / Retroalimentación brindada a los servicios	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO																								0			
13	Diseñar e implementar dos (2) campañas anuales de sensibilización en Buen Trato dirigidas al cliente externo.	H	SOGCS	Nilce Milena Téllez	Planillas de asistencia por cada campaña ejecutada en la vigencia	PROGRAMADO								1	0%							1	0%							2	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
14	Desarrollar tres (3) actividades lúdicas dirigidas a población infantil, personas adultas mayores y gestantes, en el marco del Programa de Humanización.	H	SOGCS	Nilce Milena Téllez	Planillas de asistencia por cada actividad ejecutada en la vigencia	PROGRAMADO						1	0%			1	0%			1	0%									3	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
15	Conmemorar fechas institucionales asociadas a la humanización de la atención al usuario externo, tales como el Día del Niño Hospitalizado, Día de la Mujer y Día del Hombre.	H	SOGCS	Nilce Milena Téllez	Evidencia fotografías de las actividades realizadas en los servicios	PROGRAMADO					2	0%	1	0%																3	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
16	Socializar a la comunidad los avances del Programa de Humanización en Salud, mediante la emisión en vivo del programa radial institucional "Tu Salud al Día" en la emisora Sarare Stereo y su posterior difusión en redes sociales institucionales.	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Publicación del programa en redes sociales institucionales (Facebook e Instagram).	PROGRAMADO								1	0%															1	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
17	Ejecutar actividades relacionadas con el Código de Integridad Institucional.	H	MIPG	Nilce Milena Téllez	Planilla de asistencia / Evidencia fotográfica	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%							4	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
18	Realizar informe de las actividades de código de integridad ejecutados durante la vigencia	H	MIPG	Nilce Milena Téllez	Informe semestral de activiades ejecutadas durante la vigencia	PROGRAMADO										1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO																								0			
19	Diseñar e implementar una estrategia de reconocimiento a la trayectoria laboral del cliente interno.	H	MIPG	Nilce Milena Téllez	Documento de diseño de la estrategia de reconocimiento laboral	PROGRAMADO				1	0%					1	0%					1	0%							3	0%	100%	
					Listado de funcionarios reconocidos	EJECUTADO																								0			
20	Realizar seguimiento al cumplimiento de la estrategia institucional de parto y cesárea humanizada.	V	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Diligenciamiento del formato de seguimiento de adherencia a la estrategia de parto humanizado	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO																								0			
21	Ejecutar el Programa Institucional de Preparación para la Jubilación "Tejiendo Vida", dirigido a los pre pensionados.	H	MIPG	Nilce Milena Téllez	*Informe semestral de ejecución del Programa "Tejiendo Vida" en junio y diciembre	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	9	0%	100%	
					*Registros de asistencia / Evidencias fotográficas	EJECUTADO																								0			
22	Realizar seguimiento periódico al registro de la Escala EVA en la hoja de signos vitales y a la adherencia del personal asistencial a la guía institucional de manejo del dolor y cuidado																																



DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

[illegible]



DIR-01-F09

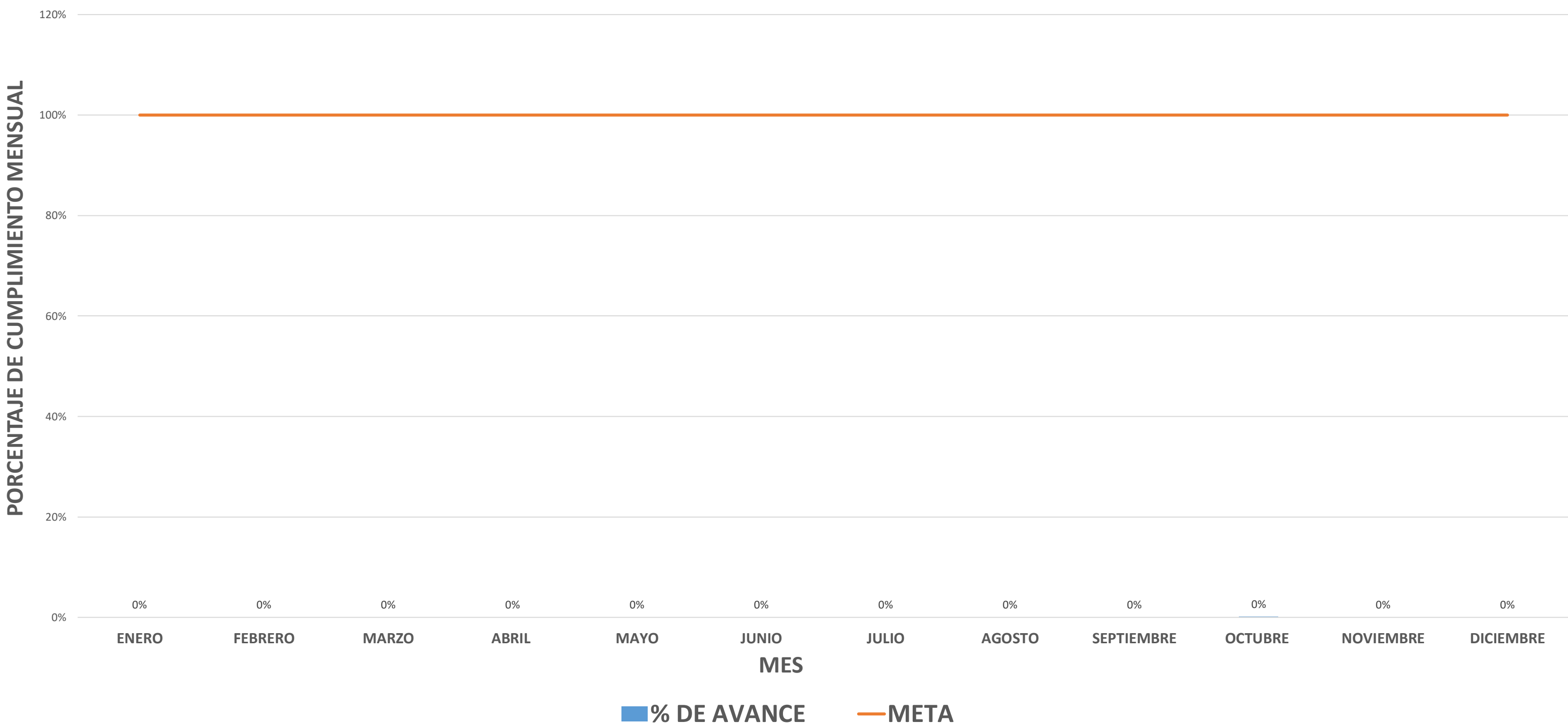
02

PLAN DE ACCIÓN

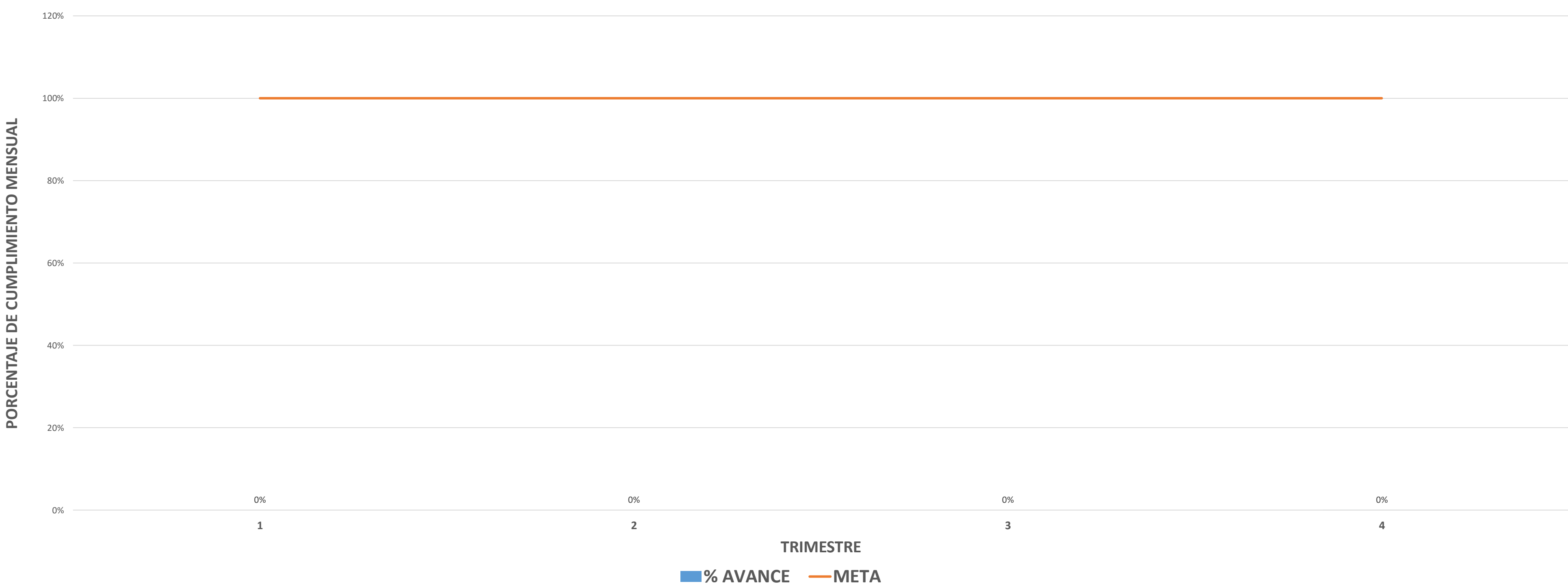
303.22.01

[illegible]

PORCENTAJE DE AVANCE MENSUAL DE LA VIGENCIA 2026

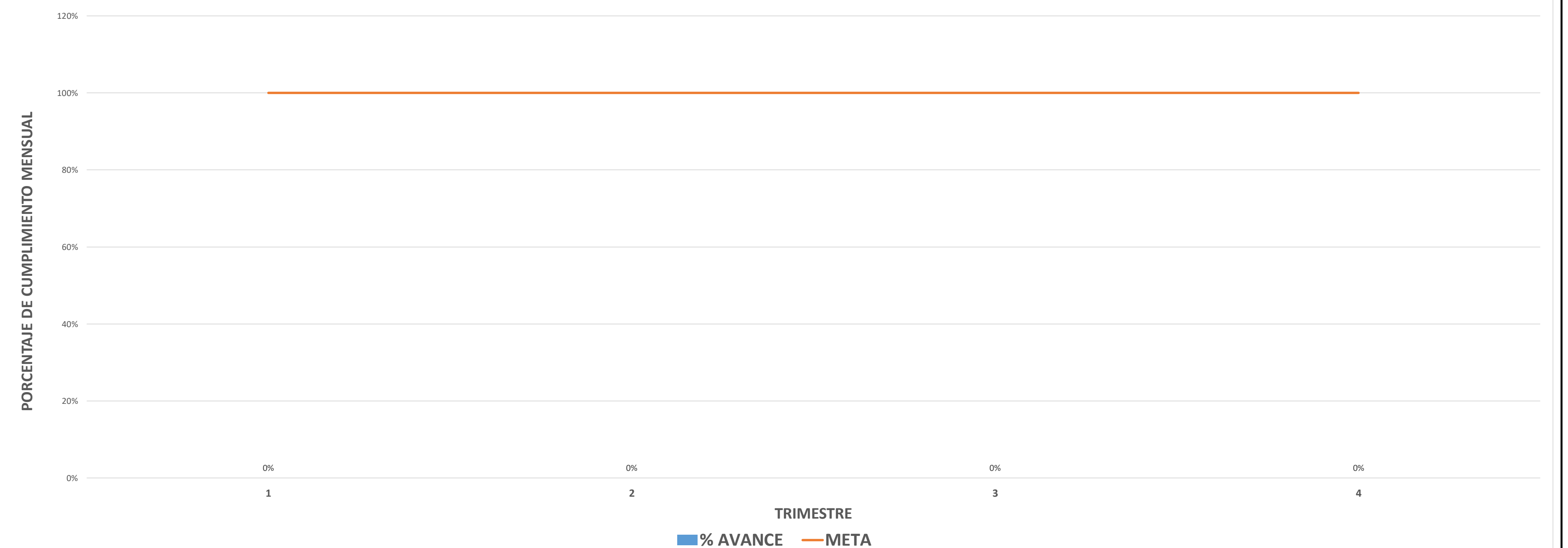
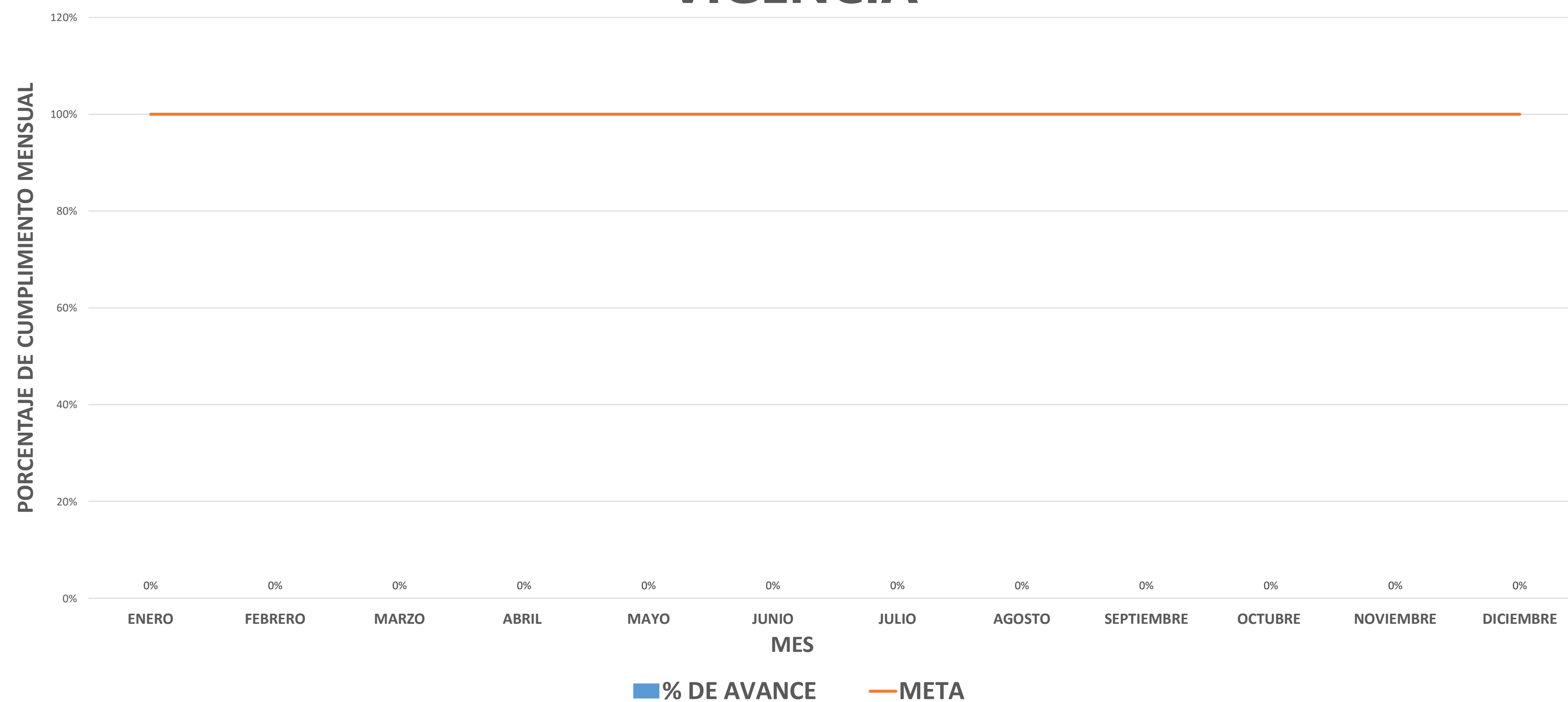


PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL DE LA VIGENCIA 2026



SEGUIMIENTO Y CONTROL

[illegible]





DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

PORCENTAJE DE AVANCE MENSUAL DE LA VIGENCIA



PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)

[illegible]

PLAN DE ACCIÓN

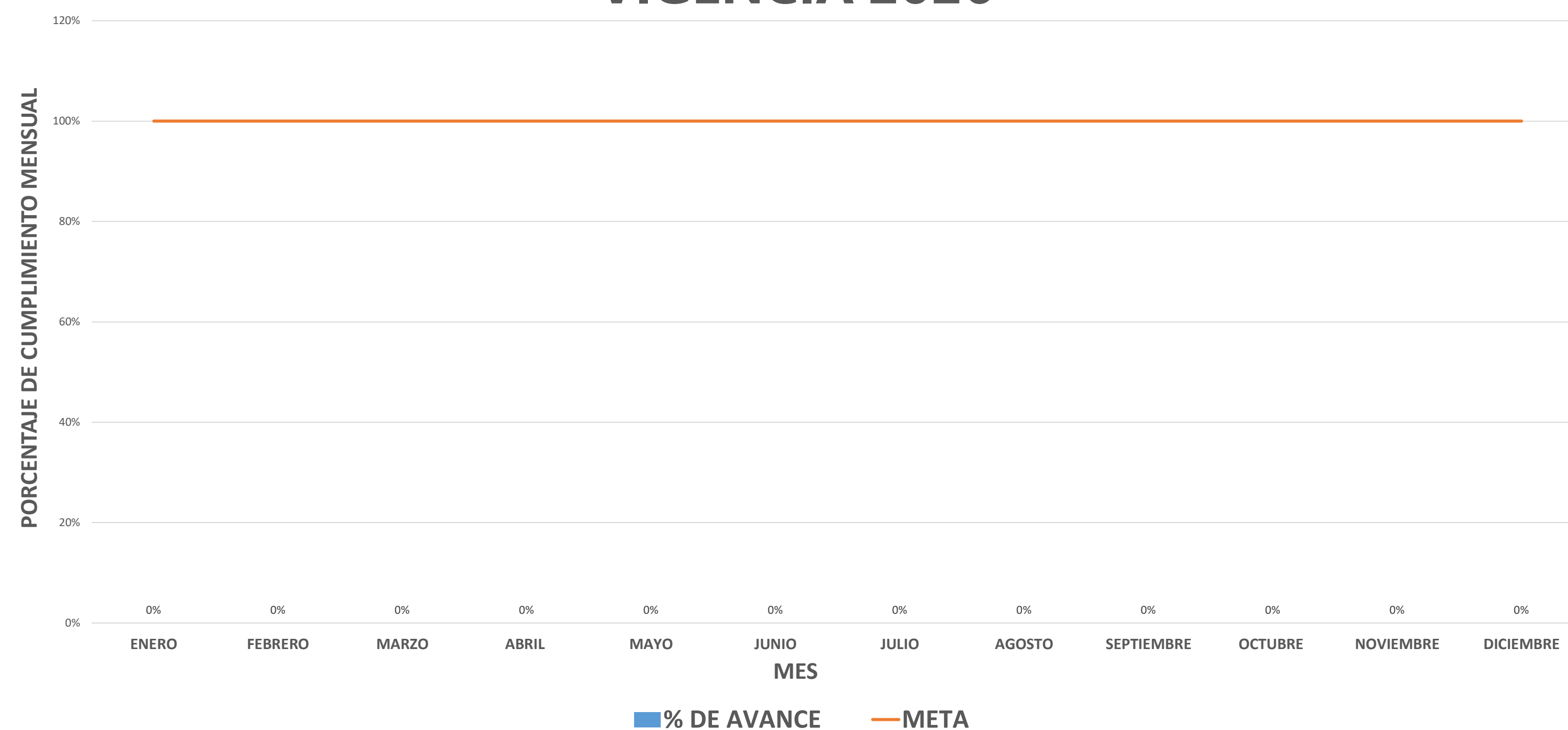
Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	ATENCION INMEDIATA		
SUBPROCESO:	URGENCIAS Y PROCEDIMIENTOS - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	COORDINADORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS - REFERENTE DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN DE ATENCIÓN INMEDIATA		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Garantizar una atención inmediata, oportuna y de calidad a los usuarios que presentan situaciones de urgencia, mediante la adecuada organización y fortalecimiento de los servicios de atención inmediata, asegurando un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que permita la continuidad del cuidado, la optimización de recursos y la reducción de riesgos y complicaciones para la salud de la población.		

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

CRONOGRAMA DE TRABAJO																						INDICADOR DE AVANCE						
ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		AVANCE	META			
0		0		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%						
												1		0%										1	0%	100%		
																								0				
						1		0%																1	0%	100%		
																								0				
				1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		10	0%	100%		
																								0				
				1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		10	0%	100%		
																				0								
				1		0%						1		0%						1		0%		3	0%	100%		
												0																
		1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		1		0%		11	0%	100%
																				0								
				1		0%						1		0%				1		0%				3	0%	100%		
												0																







DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

PORCENTAJE DE AVANCE MENSUAL DE LA VIGENCIA



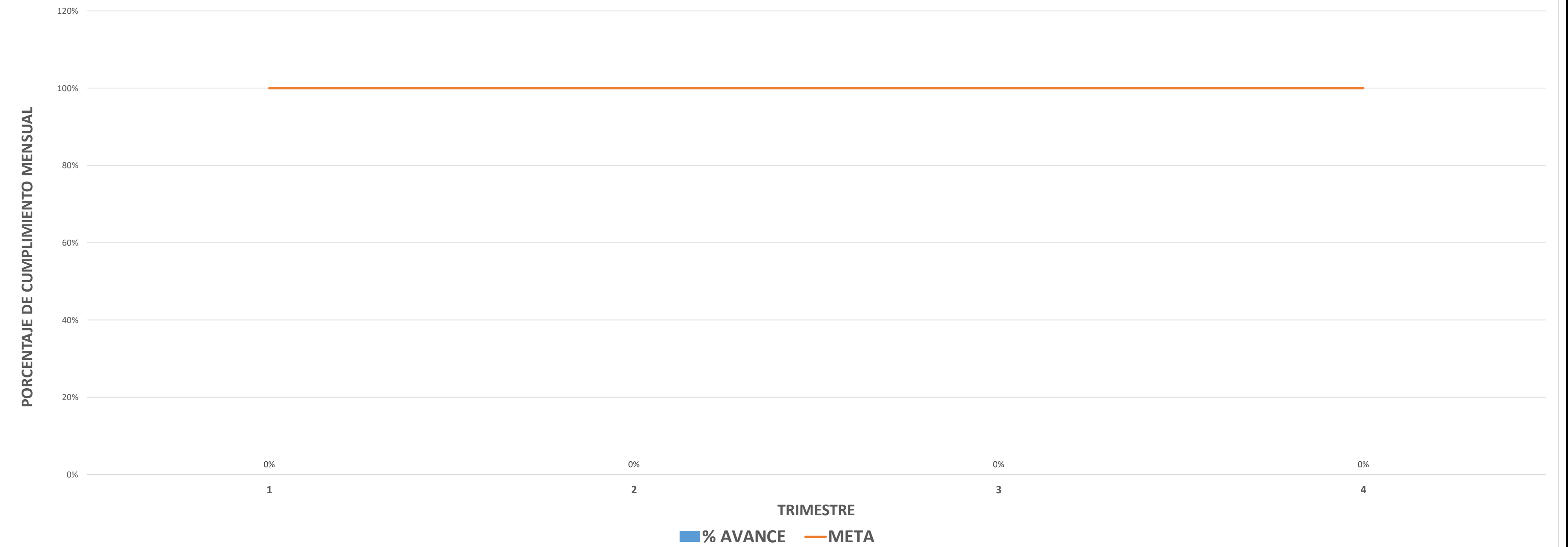
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)

SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)

[illegible]





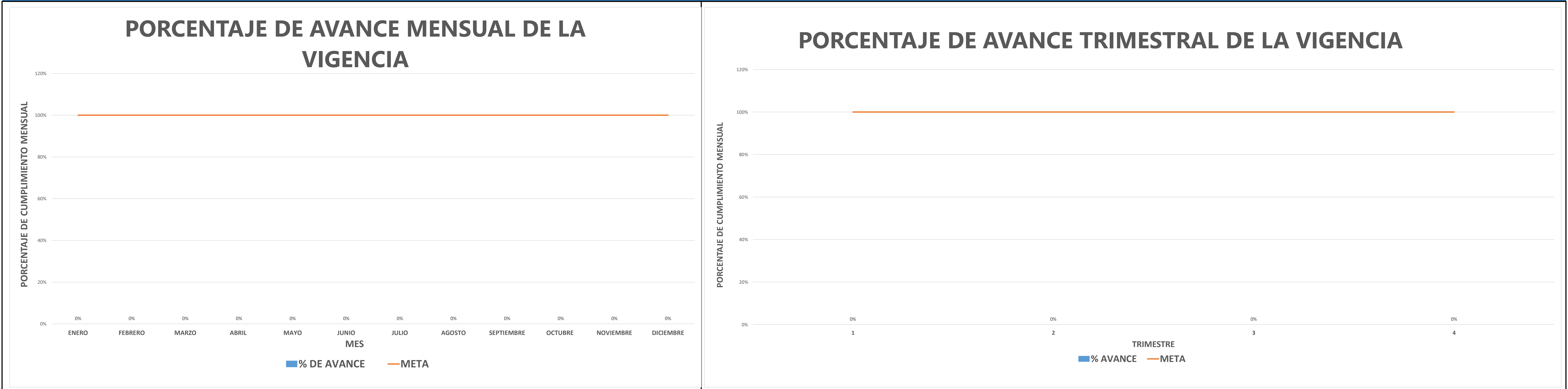
PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

37	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD- articulando con el proceso de SIAU	H/V	SIG	Servicio Terapias/ Lider Dra Gaby Ramirez	Soporte de participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%	
						EJECUTADO																										
38	actualización de documentación del subproceso de consulta externa - atencion intrahospitalaria de los servicios de terapia respiratoria- terapia fisica- terapia ocupacional- terapia de lenguaje	H	SOGCS/SUH	Servicio Terapias/ Lider Dra Gaby Ramirez	guias, procedimientos, protocolos y formatos	PROGRAMADO			1	0%			1	0%					1	0%					1	0%		1	0%	5	0%	100%
						EJECUTADO																										
39	Elaboracion de cuadros de turnos	P	Prevision del recurso humano	Servicio Terapias/ Lider Dra Gaby Ramirez	Cuadro de turno proyectado mensual para cada uno de los servicios de terapias, cuadro ejecutado mensual por servicio, formatos horas extras, formato novedades		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%	
40	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios de terapias	H	Estantandar de dotacion y plan anual de compras	Servicio Terapias/ Lider Dra Gaby Ramirez	link institucional, soporte de solicitud de pedidos mensual al area de farmacia y almacen	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																										

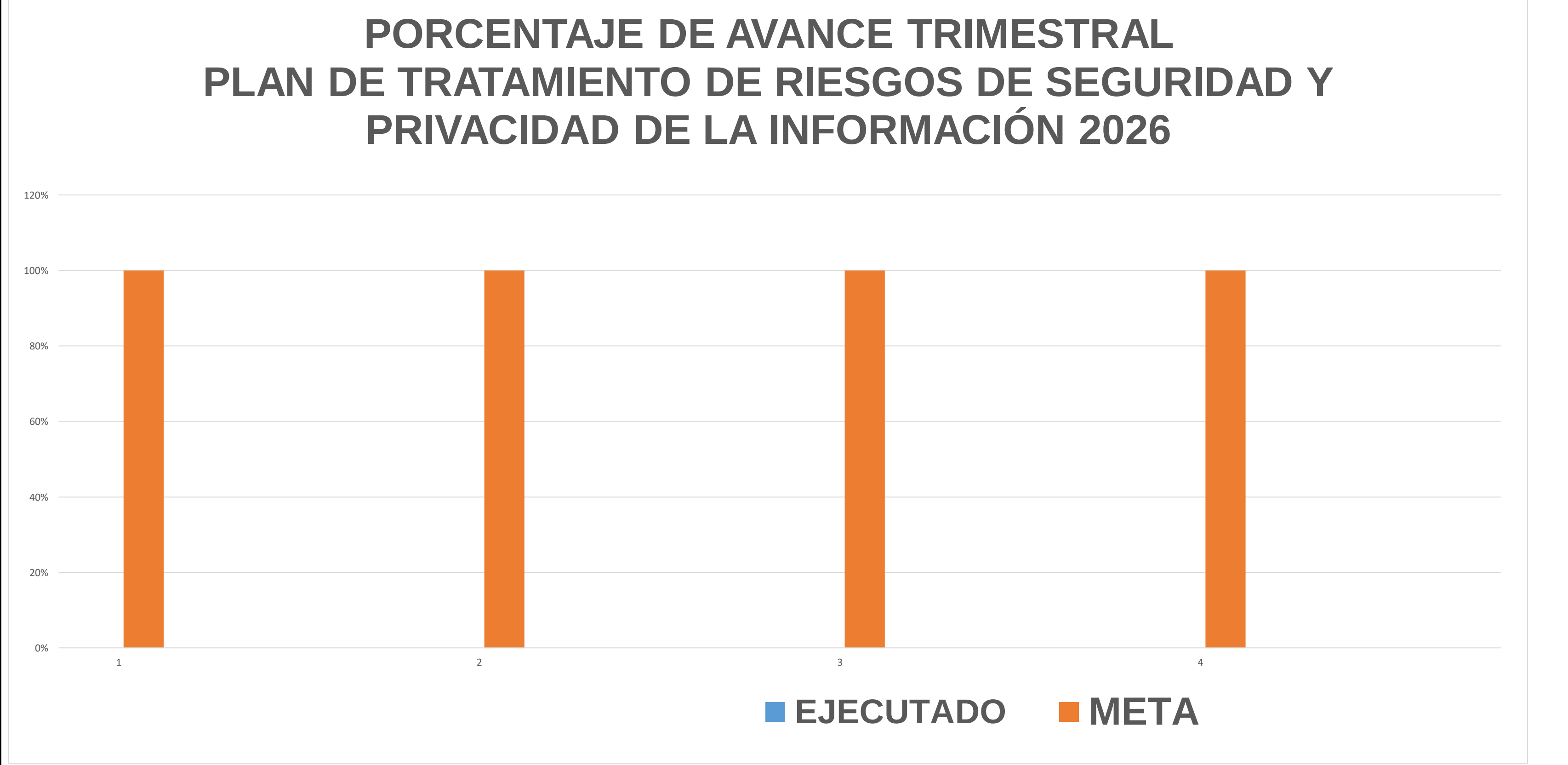
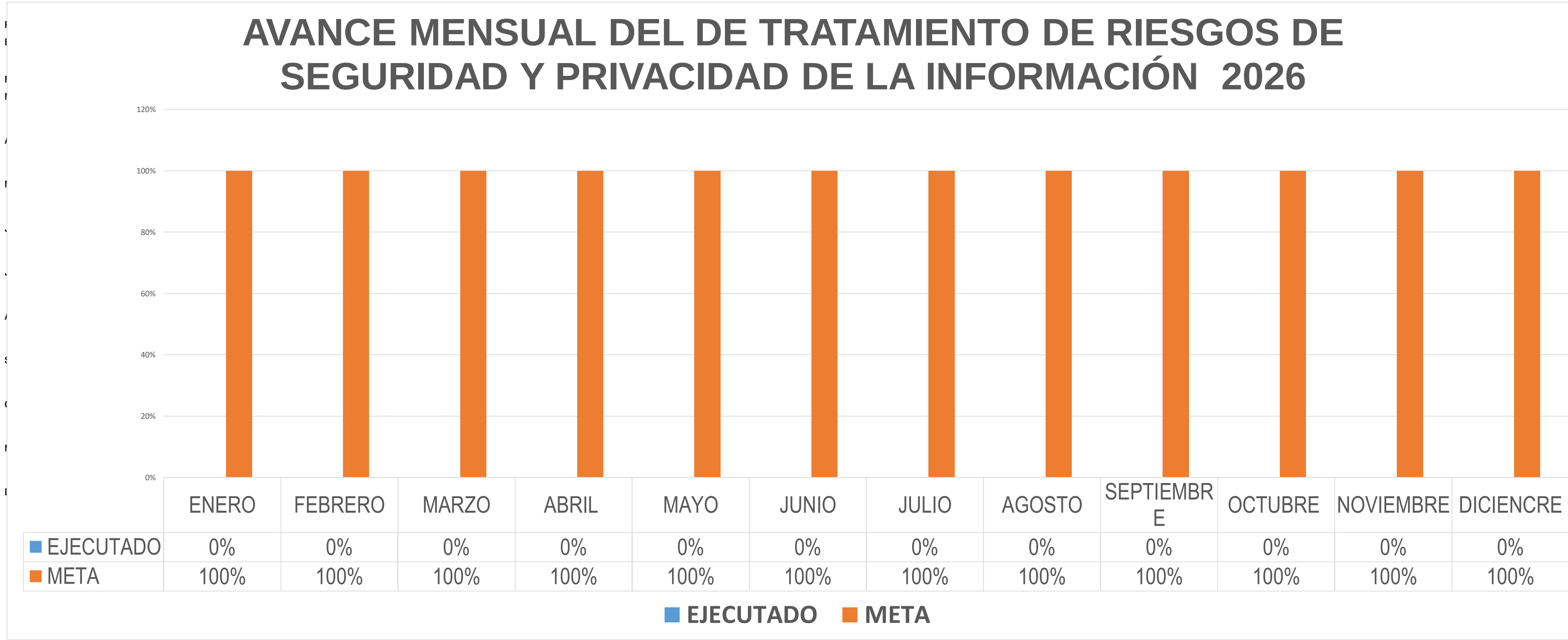
MEDICIÓN Y MONITOREO



SEGUIMIENTO Y CONTROL

PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)						SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)			TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)		
FECHA DE SEGUIMIENTO	% DE AVANCE	ANALISIS DE RESULTADOS	ACCIONES DE TOMAR	RESPONSABLE		FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE

RD 303.22.01																													
10	Soporte tecnico al sistema de informacion y administracion del sistema de informacion.	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING YANET MORENO	Dar soporte tecnico a todo el sistema de informacion	EJECUTADO	1		1		1		1		1		1		1		1		1		12			100%	
						EJECUTADO		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0	0%		0%		0%		
11	Elaboracion de los consentimientos informados y puesta en produccion de los mismos.	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING YANET MORENO	Realizacion de los consentimientos informados, capacitacion y puesta en marcha.	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1		1		1		11			100%	
						EJECUTADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0		0%
UNIDAD DE ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS DE DATOS																													
1	FORTALECIMEINTO A LA HC PARA LA CAPTURA DEL DATO	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING OSCAR CAÑAS	Entrega de la HC ante el comité de HC	PROGRAMADO									1	0%	0		0		0		0		1	0%	100%		
						EJECUTADO	0		0		0		0			0		0		0		0		0		0			0
2	Implementación de la aplicación web para el Censo Hospitalario en HospiData.	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING OSCAR CAÑAS	Entrega y puesta en funcionamiento del censo hospitalario ante el Comité HC.	PROGRAMADO	0		0		0				1	0%									1	0%	100%		
						EJECUTADO	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0			0	0%
3	Desarrollo de Aplicación Web Para el Registro y Consolidación de "Fichas de Vigilancia Epidemiológicas", con objeto de mejorar la calidad del dato y disminuir el consumo de papel.	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GGESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING JAVIER GUERRERO	Entrega del desarrollo ante el cove.	PROGRAMADO								1										1	0%	100%			
						EJECUTADO																						0	0%
4	Desarrollo de Aplicativo Web para la recepción de solicitudes de servicio y comunicación de incidentes a la Oficina de Sistemas.	H	FORTALECIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA	GGESTIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN/ Ref ING JAVIER GUERRERO	ENTREGA de desarrollo de la aplicación web para las solicitudes de soporte.	PROGRAMADO	0		0		0		0		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	8	0%	100%		
						PROGRAMADO	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0			0	0%



SEGUIMIENTO Y CONTROL												
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)						SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)			TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)			
FECHA DE SEGUIMIENTO	% DE AVANCE	ANÁLISIS DE RESULTADOS	ACCIONES DE TOMAR			FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN		
SUBPROCESO:	Almacen gestión insumos suministros inventarios y activos		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	Jennifer Ayala		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN VIGENCIA 2026		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Garantizar la operación, mantenimiento, ajuste y mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad que aumente su eficacia, eficiencia y efectividad, administrando y controlando sus riesgos institucionales.		

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

CRONOGRAMA DE TRABAJO																		INDICADOR DE AVANCE									
ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE		AVANCE		META	
0%		0%		0%		0%		0		0%		0		0%		0%		0%		0%		0%					
1	0%																							1	0%	100%	
0																						0					
				1	0%					1	0%					1	0%					1	0%	4	0%	100%	
				0					0			0			0			0									
										1	0%													1	0%	100%	
										0													0				
		1	0%															1	0%					2	0%	100%	
		0															0										
																		1	0%					1	0%	100%	
																	0										
		1	0%			1	0%					1	0%			1	0%					1	0%	6	0%	100%	
		0			0			0		0		0			0			0									
				1	0%					1	0%					1	0%					1	0%	4	0%	100%	
			0				0			0			0			0											



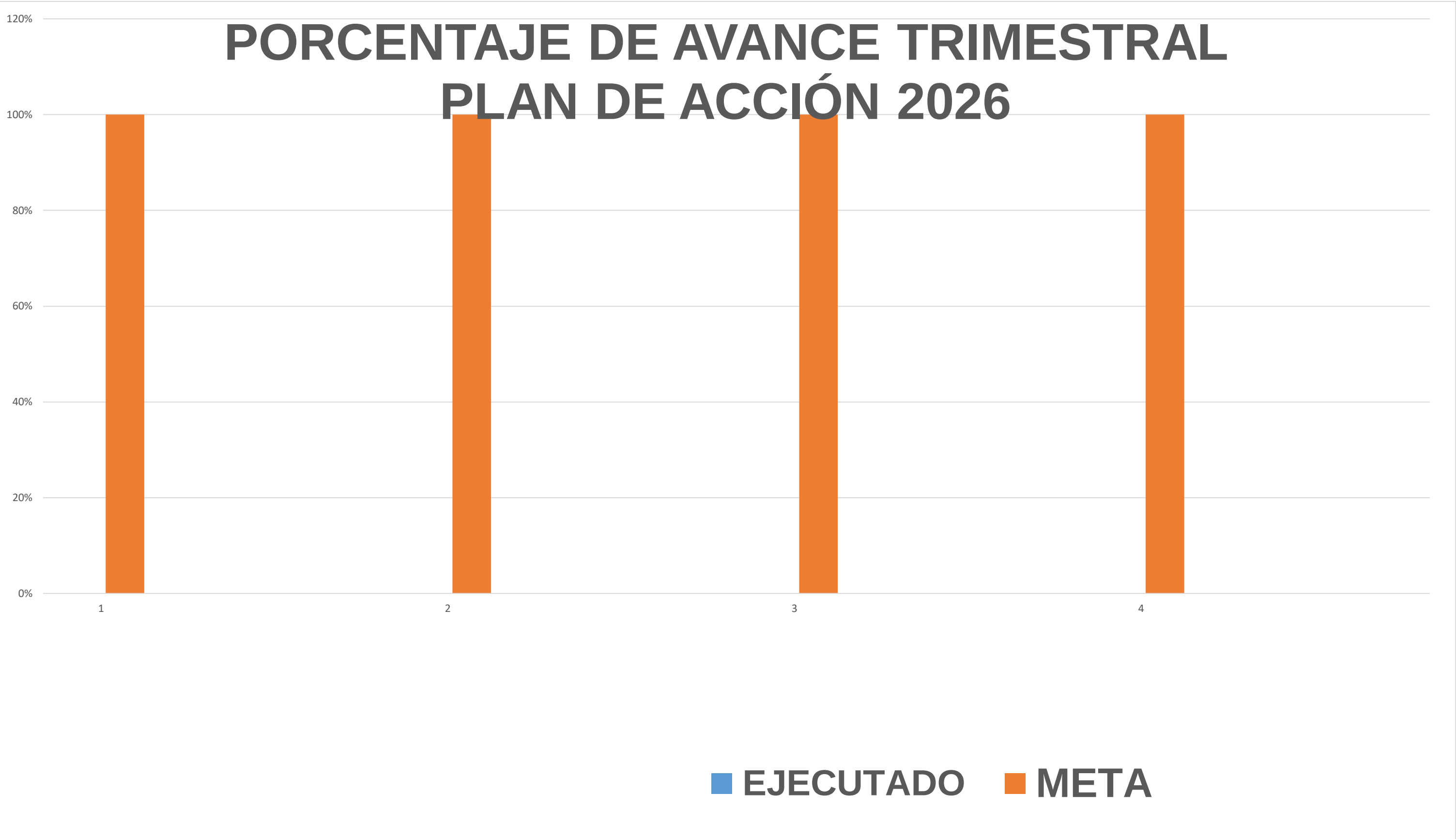
DIR-01-F09

02

PLAN DE ACCIÓN

303.22.01

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2026



PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)

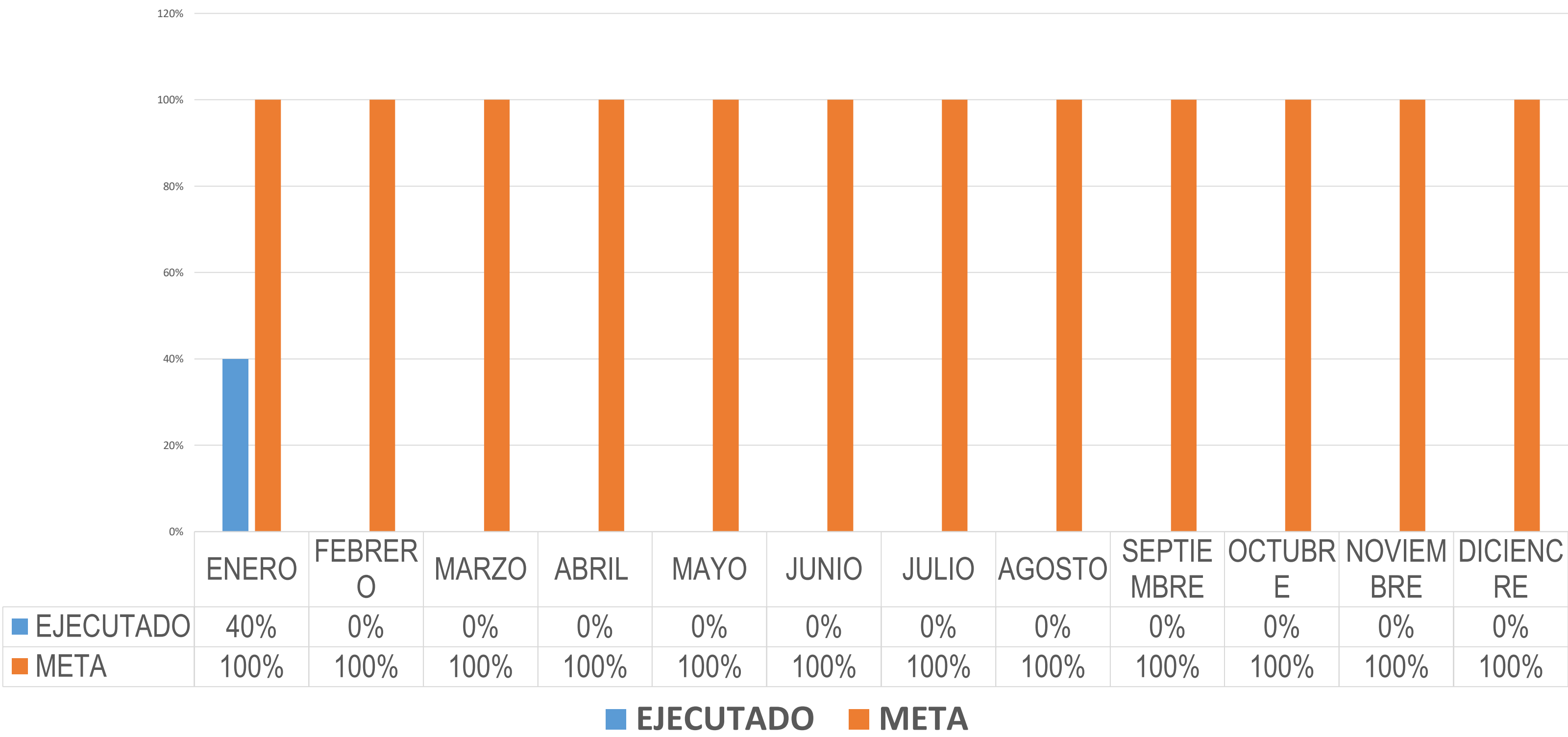
SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)

TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)

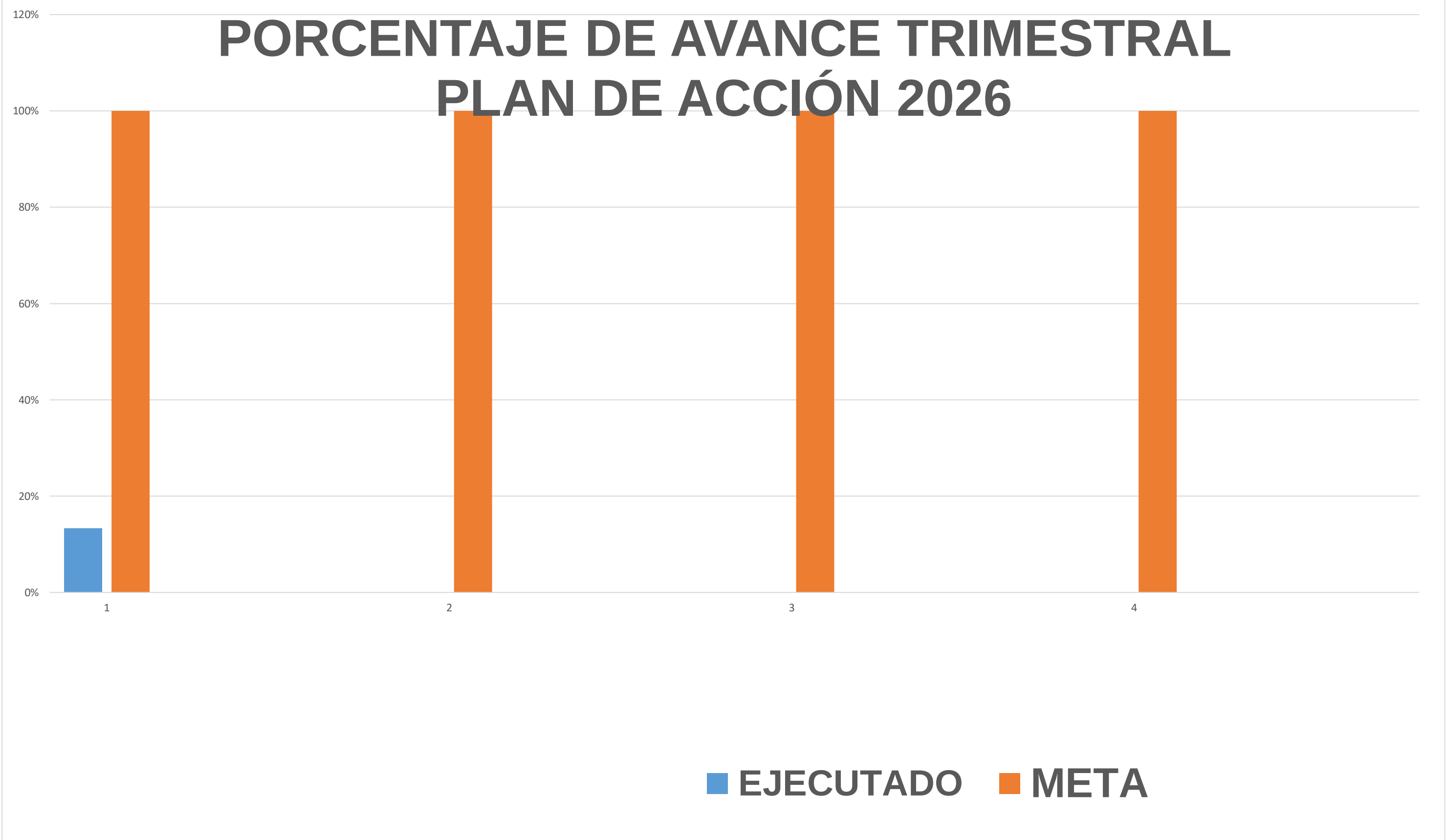
[illegible]

GESTIÓN DE REDES DE TECNOLOGÍAS Y EQUIPOS INFORMÁTICOS																										
1	Realizar la fase del diagnóstico del proceso del protocolo IPv6 en la red LAN de la ESE HOSPITAL DEL SARARE.	P	ESTRATEGICO DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION (PETI)	Gestión de Redes de Tecnologías y Equipos Informáticos / Ref. ING. YANET MORENO V	Contar con una red de datos más segura.	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%
						EJECUTADO																				
2	Realizar la migracion de IpV4 a Ipv6 de la infraestructura LAN	H	ESTRATEGICO DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION (PETI)	Gestión de Redes de Tecnologías y Equipos Informáticos / Ref. ING. YANET MORENO V	Cumplimiento de los lineamientos de Gobierno en Digital. Actualización de la plataforma de red. Mejoramiento de la seguridad de red.	PROGRAMADO										1	0%							1	0%	
						EJECUTADO																			2	0%
3	Realizar el Mapeo de red con direccionamiento IPv6 (Lógico y físico).	H	ESTRATEGICO DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION (PETI)	Gestión de Redes de Tecnologías y Equipos Informáticos / Ref. ING. YANET MORENO V	Cumplimiento de los lineamientos de Gobierno en Digital. Actualización de la plataforma de red. Mejoramiento de la seguridad de red.	PROGRAMADO							1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%
						EJECUTADO																			9	0%
5	Mantener actualizada la infraestructura de red logica de la Ese Hospital del Sarare.	H	ESTRATEGICO DE LAS TECNOLOGIAS DE INFORMACION (PETI)	Gestión de Redes de Tecnologías y Equipos Informáticos / Ref. ING. YANET MORENO V	Cumplimiento de los lineamientos de Gobierno en Digital. Actualización de la plataforma de red. Mejoramiento de la seguridad de red.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%
						EJECUTADO																			12	0%
MEDICIÓN Y MONITOREO																										

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2026



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2026



SEGUIMIENTO Y CONTROL												
PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA (LÍDER DE PROCESO/SUBPROCESO)						SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (Planeación, Calidad y/o líderes de otros componentes del SGI)			TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Control Interno)			
FECHA DE SEGUIMIENTO	% DE AVANCE	ANALISIS DE RESULTADOS		ACCIONES DE TOMAR		RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	RESPONSABLE

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL		
SUBPROCESO:	CONTROL INTERNO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	YENNY CAROLINA SUAREZ / GERALDINE REAL		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2026
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2026		

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

0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/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	DICIEMBRE				AVANCE	META		
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%							
1	Resolución caja menor (Generan el primer día habil del año)	H	Sistema institucional control interno	de Asesor juridico	Resolución de Gerencia	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
2	Pedir a contabilidad documento de las Instrucciones dirigidas a las entidades publicas para el cambio del periodo contable 2025-2026, para el reporte de informacion a la Contaduria General de la Nacion (CGN) y otros asuntos relacionados con el proceso contable.	H	Sistema institucional control interno	de Contador	Revisar instrucciones de contaduria general para el cambio periodo contable alli dan instrucciones para los informes	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
2	Entrega del Plan de mantenimiento hospitalario, resolución adopción. Circular externa UAESA (10 de Enero) UAESA remite en diciembre la circular con los plazos	H	Sistema institucional control interno	de Asesor de Planeación	Entrega Comunicacio o informe a la Gerencia con recibido	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
3	Revisión de las publicacioes normativas pagina web institucional	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	correos a referentes de la informacion a publicar del año anterior y la normativa a 31 de enero.	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
3	Informe de cierre del plan de Auditoria interna 2024 y publicación de este	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Plan de auditoria con su seguimiento, publicado en pagina web	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
4	INFORMES CUENTA ANUAL CONTRALORIA Formato F99 *Informe gestión control interno (Control interno) *Estado de Modelo estándar de control interno (Control interno) *Informe control interno contable (Control interno) Anexo nuevo: Informe plan de mejora auditorias externas contraloria	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Entregar a Sistemas Formato PDF para cargue cuenta anual, con plazo de contraloría que da a través de circular informativa. 10 de Febrero	PROGRAMADO	1	0%														1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
5	Seguimiento de informes Anuales: 1 cuenta anual SIA con el anexo que se envia al correo de contraloria.	V/A	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Envio de comunicación a la Contraloria Departamental de Arauca entregando los formularios . 10 de febrero, contraloria entrega circular en primeros dias de enero informando los plazos.	PROGRAMADO		1	0%													1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
6	Realizar informes Semestrales: 1 Sistema de Control Interno 2 Plan de Gestión Integral de Residuos -PGIRASA 3 Informe de PQRSF	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicación de documentos en la pagina web del Hospital del Sarare	PROGRAMADO	3	0%					3	0%								1	0%	100%	
						EJECUTADO																0			
7	Realizar informes Trimestrales: 1 Austeridad del Gasto 2 Informe de seguimiento a los Mapas de Riesgos	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicación de documentos en la pagina web del Hospital del Sarare	PROGRAMADO	2			2	0%		2	0%		2	0%					8	0%	100%	
						EJECUTADO																0			

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

8	Realizar informes Cuatrimestral: Informe del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicación de documentos en la pagina web del Hospital del Sarare	PROGRAMADO	1	0%								1	0%									1	0%									3	0%	100%
						EJECUTADO																												0				
9	Realizar comité de Control Interno	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion y firmas de asistencia	PROGRAMADO	1	0%									1	0%									1	0%							3	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
9	Informar nueva circular de Contraloria General con plazos del informe SIRECI	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Correo con circular generada por contraloria general,la expiden al año anterior. El plazo que dan generalmente es para febrero entregar	PROGRAMADO	1										1	0%									1	0%							3	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
10	Realizar y hacer seguimiento al informes de Funcion Publica -FURAG	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicacion de informe en la plataforma de FURAG	PROGRAMADO							1	0%																					1	0%	100%	
					Evidencias del acompañamiento al diligenciamiento del formulario	EJECUTADO																												0				
11	Reporte de informe GT001 de Implementación de Codigo de Conducta y Buen Gobierno	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Junta Directiva /Gerencia	Soporte del reporte ante la SUPERSALUD	PROGRAMADO											1	0%																	1	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
12	Reporte de informe CHIP CGN (control interno contable)	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez	Soporte del reporte ante la CONTADURIA GENERAL DE LA NACION	PROGRAMADO			1	0%																									1	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
13	Reporte de informe Derechos de Autor Software Circular 04 de 2006 y 012 de 2007	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Soporte o certificado de informe de legaliacion de software	PROGRAMADO					1	0%																							1	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
14	Auditoria : Plan de Mantenimiento Hospitalario	H/V/A	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Soportes de ejecucion de la auditoria Publicación de informe final a la pagina web de la institución	PROGRAMADO	1	0%									1	0%																	2	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
15	Hacer entrega de las actas de juntas de la vigencia 2025	H	Sistema institucional control interno	Yenny Carolina Suarez	Recibido por parte de Gestion Documental de la transferencia de los documentos	PROGRAMADO	1	0%																											1	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
16	Seguimiento arqueo a caja mejor	V/A	Sistema institucional control interno	Geraldine Real Lozano	Formato de arqueo de caja menor	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
17	Entrega de FUID	H	Sistema institucional control interno	Geraldine Real Lozano	entrega de fuid trimestral al correo electronico de gestión documental	PROGRAMADO						1	0%							1	0%							1	0%						3	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
18	Gestion para la eleccion de miembros de junta directiva	H	Sistema institucional control interno	Yenny suarez	Soporte de la convocatoria y eleccion	PROGRAMADO							1	0%													1	0%							2	0%	100%	
						EJECUTADO																												0				
19	Seguimiento a la publicación del PAA en SECOP y en pagina web así como en reporte contraloria cuenta Anual	V/A	Sistema institucional control interno	Yenny suarez	Reporte SECOP y pagina web	PROGRAMADO	1	0%						1	0%</																							

