



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 ACCIÓN/TRABAJO:	JORGE ELIECER MORA ALVARADO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2025		
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				
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL DE PORCENTAJE
0%	0%	0%	0%	0%

CRONOGRAMA DE TRABAJO																INDICADOR DE AVANCE				
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%

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%
1	Presentar informe RIPS IV Trimestre 2024 ante junta Directiva	V	Resolución 408	Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO		1	0%										1	0%	100%	
						EJECUTADO																
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																
3	Informe Plan de mejora Contraloría departamental	P		Gerencia-Dra Ariela Gelvis	Acta de Junta Directiva y Acuerdo de Junta	PROGRAMADO			1	0%									1	0%	100%	
						EJECUTADO																
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																
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 artículo 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																
6	Evaluación del plan de gestión gerencial 2024.La 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																
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																
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 Resolución de Aprobación	PROGRAMADO	1	0%		1	0%		1	0%			1	0%	4	0%	100%
							EJECUTADO															
9	Definición la estrategia de Rendición de Cuentas para la Vigencia 2025 y diligenciamiento MURC	P	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Plan de Rendición de Cuentas Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0%										1	0%	100%	
							EJECUTADO															
10	Realizar ejecución de la estrategia de rendición de Cuentas	H	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Acta de rendición de Cuentas	PROGRAMADO				1	0%							1	0%	100%	
							EJECUTADO															
11	Realizar consolidación del Plan de Acción Institucional de Acuerdo al Decreto 612 de 2018	P	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Publicación del Plan en Página WEB Resolución de Aprobación	PROGRAMADO	1	0%										1	0%	100%	
							EJECUTADO															
12	Seguimiento planes de acción Institucional de Acuerdo al Decreto 612 de 2018 (Seguimiento segunda línea de defensa)	P	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Carpeta líderes SIG	PROGRAMADO	1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
							EJECUTADO															
13	Revista SIIT	P	Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
							EJECUTADO															

ID	Descripción	Categoría	Estrategia	Responsable	Subresponsable	Fecha	Estatus de Ejecución												Total	Porcentaje										
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
14	Atención al Ciudadano	P	MIPG	Alvarado	Resolución de Aprobación	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%					
14	Actualización y seguimiento matriz de riesgos	P	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Publicación del Plan en Página WEB	PROGRAMADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%	100%			
14					Resolución de Aprobación	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
15	Realizar Actualización del Plan bienal de Inversiones Vigencia 2024-2025	P	Gestión del riesgo	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Mapa de riesgos actualizado	PROGRAMADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%			
15					Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
16	Actualización de documentación del Subproceso de Planeación	H	Gestión Documental	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Revisión actualización de documentos del subproceso:	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%		
16					* Caracterización de Usuarios y Grupos de Interés. * Manual de Administración del Riesgo	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
17	Realizar Formulación y presentación de Proyectos de Inversión: * Adecuación de los Puestos de Salud. *Adecuación de lavandería. *Adecuación de cocina. *Cerramiento Perimetral *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	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Acta de Junta Directiva	PROGRAMADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%		
17							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
18	Realizar evaluación del MIPG de la vigencia 2023, a través del Diligenciamiento del FURAG	A	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Informe de Resultado	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%		
18							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
19	Realizar reunión de Comité de Gestión y Desempeño	A	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Actas de Reunión	PROGRAMADO	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	0%	100%	
19							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
20	Realizar reunión de Comité de Riesgos	A	MIPG	Planeación-Jorge Alvarado	Eliecer Mora	Actas de Reunión	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0%	100%	
20							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%		
21	Identificación de riesgos y oportunidades del proceso de Cartera, facturación, venta de servicios de salud	P	Gestión del riesgo	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Mapa de riesgos actualizado	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%	
21						Correo electrónico a planeación / calidad / control Interno	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
22	Definir actividades de formación continua del proceso de Gestión Cartera, facturación, venta de servicios de salud	H	Plan de Capacitación	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Lista de asistencia y evidencias fotográficas	PROGRAMADO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	12	0%	100%	
22							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
23	Seguimiento, Evaluación y Control en el Cargue y Envío de Información Técnica y Financiera a los Organos de Inspección, Vigilancia y Control.	V/A	SIG	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Informes y comunicaciones a Organos de Control, Inspección y Vigilancia	PROGRAMADO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	12	0%	100%	
23							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
24	Fortalecer el Proceso de Gestión Financiera, Tendiente a Mantener y Sostener la Rentabilidad Económica de la ESE Hospital del sarare	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Acta de seguimiento y evaluación a la cartera vs la facturación de servicios prestados en la ESE.	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%	
24							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
25	Realización de los procesos de contratación con las diferentes EAPB	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Contratos y acuerdos	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%	
25							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
26	Desarrollar comité de venta de servicios	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de mercadeo y ventas de servicios - Dr Pablo Mendoza		Actas de reunión	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0%	100%
26						Correos de seguimiento a los acuerdos y evidencia de cumplimiento a los mismos	EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
27	Elaboración y publicación de la actualización del portafolio de servicios	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janmy		Portafolio de servicios	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%	
27							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	
28	Actualización pagina web institucional	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janmy Gestión de las TIC'S- Ing. Yanet Moreno		Página web institucional	PROGRAMADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%	
28							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	100%	

29	Actualización del Manual de comunicaciones	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Manual de comunicaciones aprobado	PROGRAMADO		1														1	0%	100%	
						EJECUTADO																			
30	Videos venta de servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Corporación Trochando sin Fronteras	Videos	PROGRAMADO		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	0%	100%
						EJECUTADO																			
31	Actualización videos Sala de Espera	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Corporación Trochando sin Fronteras	Videos	PROGRAMADO		2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29	0%	100%
						EJECUTADO																			
32	Guía del Usuario	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Guía del usuario	PROGRAMADO			1														1	0%	100%
						EJECUTADO																			
33	Rendición de Cuentas	A	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Informe rendición de cuentas publicaciones en la web	PROGRAMADO							1										1	0%	100%
						EJECUTADO																			
34	Video Entrevista Usuarios Satisfechos	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Videos	PROGRAMADO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0%	100%
						EJECUTADO																			
35	Video destacar Funcionarios y su trayectoria	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Videos	PROGRAMADO		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	0%	100%
						EJECUTADO																			
36	Manual de Uniformes	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Talento Humano, Subgerente Vicky Zambrano, Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Manual	PROGRAMADO			1														1	0%	100%
						EJECUTADO																			
37	Programa Radial "El Consultorio"	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	programa radial	PROGRAMADO		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	110	0%	100%
						EJECUTADO																			
38	Actualización de Señalización direccionable por servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Fotos	PROGRAMADO		1		1		1		1		1		1		1		6	0%	100%	
						EJECUTADO																			
39	Boletín Informativo Bimestral	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación - Josue Nieves	Boletín publicado	PROGRAMADO		1		1		1		1		1		1		1		6	0%	100%	
						EJECUTADO																			
40	Posters Jornada de salud, Jornadas de Donación, Jornadas vacunación	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Poster publicado	PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	0%	100%
						EJECUTADO																			
41	Posters Venta de Servicios	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Poster publicado	PROGRAMADO		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	0%	100%
						EJECUTADO																			
42	Campaña de Promoción de la marca	H	PLAN DE COMUNICACIONES	Comunicación e imagen corporativa-Jref Janny	Campaña	PROGRAMADO			1			1				1							4	0%	100%
						EJECUTADO																			

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025

120%

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GETH		
SUBPROCESO:	TALENTO HUMANO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	SUBGERENCIA DE TALENTO HUMANO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN DEL SUBPROCESO DE TALENTO HUMANO		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Fomentar y promover de forma permanente la formación de los trabajadores en sus competencias y conlleva a una transformación cultural de la institución con la más alta calidad y un enfoque ético, seguro y humanizado, que le permita al Hospital del Sarare, mantener una posición competitiva en el sector salud.		

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

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				
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%			
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2025	P	Política de seguimiento evaluación y desempeño institucional	Vicky Zambrano / Hasslye Carmona	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%			
						EJECUTADO																0		
002	Ejecutar el Plan de Bienestar Social y estímulos y medición de indicadores de cobertura.	P	PLANES ISNTITUCIONALES	Vicky Zambrano	PLAN DE BIENESTAR SOCIAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO			1	0%	1	0%		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	7	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
003	Ejecutar el Plan institucional de Capacitación y medición de indicadores de cobertura, eficiencia y eficacia.	P	PLANES ISNTITUCIONALES	Vicky Zambrano	PLAN DE CAPITACIONES INSTITUCIONAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	9	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
004	Ejecutar el Plan de Formación continua institucional y medición de indicadores de cobertura, eficiencia y eficacia.	P	PLANES ISNTITUCIONALES	Hasslye Carmona	PLAN DE CAPITACIONES INSTITUCIONAL ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%						4	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
005	Ejecutar y realizar seguimiento del Plan de SSTT.	P	PLANES ISNTITUCIONALES	Vicky Zambrano	PLAN DE SSTT INFORME ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO				1	0%					1	0%					3	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
006	Realizar seguimiento al subproceso Docencia y Servicio.	P	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Vicky Zambrano	PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DEL SUBPROCESO PLAN DE ACCIÓN DEL SUBPROCESO	PROGRAMADO				1	0%					1	0%					3	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
007	Efectuar medición y socialización de Indicadores de AUSENTISMO.	P	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	Vicky Zambrano / Erika Gonzáles	MEDICIÓN DE AUSENTISMO ANÁLISIS DE MEDICIÓN AUSENTISMO	PROGRAMADO	1	0%		1	0%					1	0%					4	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
008	Realizar medición y socialización de Indicadores de Rotación de personal.	H	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	Vicky Zambrano	MEDICIÓN DE ROTACIÓN ANÁLISIS DE MEDICIÓN DE ROTACIÓN	PROGRAMADO	1	0%		1	0%					1	0%					4	0%	100%
						EJECUTADO																	0	
009	Definir plan de mejora de acuerdo a resultados del FURAG.	P	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	Hasslye Carmona	PLAN DE MEJORA FURAG INFORME ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO											1	50%				1	50%	100%
						EJECUTADO															0,5			
010	Definir plan de mejora de acuerdo a resultados de auditoria interna y externa.	P	AUDITORIA INTERNA / EXTERNA	Hasslye Carmona	PLAN DE MEJORAMIENTO ESTABLECIDO DE ACUERDO A LA AUDITORIA INFORME ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROGRAMADO									1	0%						1	0%	100%
						EJECUTADO																	0	



303.22.01

ID	Descripción	Categoría	Sistema	Responsable	Actividad	Programado	Ejecutado	Avance	Objetivo																																		
011	Diligenciar matriz de autodiagnóstico de la vigencia 2024.	H	MIPG	Vicky Zambrano / Hasslye Carmona	DILIGENCIAMIENTO MATRIZ AUTODIAGNOSTICO	PROGRAMADO	1	0%								1	0%						2	0%		100%																	
					PLAN DE MEJORAMIENTO	EJECUTADO																0																					
012	Definir y realizar la matriz de riesgo del proceso.	P	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Hasslye Carmona	MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					2	0%		100%																		
						EJECUTADO																0																					
013	Realizar planeación, medición y seguimiento al proceso de DOTACIÓN de personal	P		Vicky Zambrano	ENTREGA DE DOTACIÓN A FUNCIONARIOS	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					3	0%		100%																		
					informe excel	EJECUTADO																0																					
014	Generar participación activa en los comités institucionales a los cuales pertenece: Bienestar Social e Incentivos, Comisión de Personal, Convivencia Laboral	H	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Vicky Zambrano	ASISTENCIA A LOS COMITES	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						4	0%		100%																		
						EJECUTADO																0																					
015	Generar participación activa en los comités institucionales a los cuales pertenece: Gestión y desempeño, Emergencias y desastres, Docencia y Servicio, Ética e investigación, Seguridad Vial.	H	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Vicky Zambrano	ASISTENCIA A LOS COMITES	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						4	0%		100%																		
						EJECUTADO																0																					
016	Realizar seguimiento a informe de resultados de los planes de acción definidos en los diferentes subprocesos a cargo.	HIV	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Vicky Zambrano / Hasslye Carmona	REPORTE DE SEGUIMIENTO MEDICIÓN Y CONTROL DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN.	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					2	0%		100%																		
					SOPORTE DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	EJECUTADO																0																					
017	Seguimiento a informe de resultados de los Indicadores de gestión definidos en los diferentes subprocesos a cargo.	HIV	SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN	Hasslye Carmona	INFORME DE INDICADORES	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					2	0%		100%																		
					ANÁLISIS DE CAUSAS, PLANES DE MEJORA.	EJECUTADO																0																					
018	Llevar supervisión y seguimiento a contratistas.	VIA	PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO	Erika Gonzáles.	ACTAS DE REUNIÓN DE SEGUIMIENTO	PROGRAMADO				1	0%				1	0%					3	0%		100%																			
						EJECUTADO																0																					
019	Implementar acciones de mejora con base en los resultados de medición del clima laboral y documentar el proceso.	HIV	MIPG	Vicky Zambrano / Hasslye Carmona	Documento aprobado.	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					2	0%		100%																		
						EJECUTADO																0																					
020	Verificar mensualmente la información cargada en el SIGEP la actualización y asociación de la hoja de vida.	HIV	MIPG	Hasslye Carmona	REPORTE DE VERIFICACIÓN, SEGUIMIENTO.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%		100%																	
						EJECUTADO																0																					
021	Actualizar el programa de reincidencia que contenga las normas sobre inhabilidades e incompatibilidades y de las que regulan la moral administrativa.	VIA	MIPG	Hasslye Carmona	Documento aprobado.	PROGRAMADO						1	0%									1	0%		100%																		
					Formato de asistencia.	EJECUTADO																0																					
022	Realizar inducción y reincidencia a todo el personal.	H	MIPG	Hasslye Carmona	CERTIFICADO DE INDUCCIÓN PERSONAL NUEVO.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%		100%																	
					CERTIFICADO DE REINDUCCIÓN.	EJECUTADO																0																					
023	Realizar acto administrativo adoptando el sistema de evaluación de desempeño institucional mediante acuerdo de gestión.	H	MIPG	Vicky Zambrano	ACUERDO ADOPCIÓN SISTEMA DE EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL.	PROGRAMADO						1	0%									1	0%		100%																		
						EJECUTADO																0																					
024	Incorporar actividades para preparar a los servidores públicos que se retiran de la entidad por distintas causales en la planeación del talento humano de la entidad.	HIV	MIPG	Hasslye Carmona	Informe de seguimiento programa desvinculación asistida.	PROGRAMADO						1	0%			1	0%					2	0%		100%																		
					Evidencia fotográfica.	EJECUTADO																0																					
025	Promover en la entidad el uso de la bicicleta por parte de los servidores públicos, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1811 de 2016.	VIA	MIPG	Hasslye Carmona	Acto administrativo.	PROGRAMADO						1	0%									1	0%		100%																		
					Herramienta de seguimiento.	EJECUTADO																0																					
026	Recibir, clasificar y consolidar las novedades de ingreso-egreso mensuales que reporta el personal y/o están ligadas a la terminación del contrato	H	Contratación personal CTF	Juanita Suarez	Reporte de novedades de nómina en formato Excel, ingresos / egresos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%		100%																	
						EJECUTADO																0																					
027	Recibir, digitar, y formalizar la información de las historias laborales de ingreso para realizar el contrato de trabajo a	H	Contratación del	Juanita Suarez	Reporte de ingresos archivo Excel para reporte de	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%		100%																	

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01	Realizar el ingreso para realizar el contrato de trabajo a término fijo inferior a 1 año	H	personal CTTF	Juanita Suarez	contratación	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
028	Digitar y mantener control sobre los periodos de contratación del personal por CTTF para asignar el respectivo consecutivo al contrato	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Reporte y control en Excel de los consecutivos de contrato	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
029	Realizar los contratos de trabajo, asignando consecutivo, imprimiendo cada contrato y formalizando con la firma de las dos partes.	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Contratos de trabajo, impresos y firmados	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
030	Realizar los preavisos, de acuerdo al tiempo asignado, para su respectiva firma.	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Preaviso debidamente firmado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
031	Recibir y llevar control sobre los estudios de conveniencia/estudio de necesidades como soporte para la contratación	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Archivo de gestión/ estudios de conveniencia firmados.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
032	Clasificar, organizar y archivar los contratos de trabajo y preavisos firmados en las historias laborales de cada trabajador, llevando al FUID de historias laborales activas la información (N° FOLIOS)	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	FUID- Archivo de historias laborales activas actualizados - contratos archivados	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
033	Llevar control en el formato de ingresos-salidas del personal los tiempos contratados para consolidar información que permita elaborar prorrogas a los CTTF según tiempo autorizado por la gerencia	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Formato de Excel control de ingresos-salidas del personal.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
034	Realizar las prorrogas de los CTTF y/o las cartas de terminación de contrato cuando sea el caso.	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Prorrogas y/o cartas de terminación firmadas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
035	Reportar a Gerencia los listados de los tiempos de terminación de contratos y novedades mensuales reportadas para la autorización y aprobación de los tiempos del contrato por el Gerente	H	Contratación personal CTTF	Juanita Suarez	Tablas de novedades de los tiempos contratados, firmado - aprobado.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
036	Organizar el FUID de archivo H.L inactivo para traslado a Archivo central	H	Gestión documental	Vicky mileidy	Certificado de traslado/recibido archivo central	PROGRAMADO				1	0%																					1	0%	100%	
037	Organizar las historias laborales inactivas	H	Gestión documental	Vicky mileidy	Historias laborales en el archivo inactivo	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
038	Recibir y realizar las certificaciones laborales según solicitud de los funcionarios	H	Gestión Documental	Vicky mileidy	Soporte de pago solicitud de certificación / Certificación firmadas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
039	Conciliar y efectuar cruce de cuentas con las entidades administradoras de fondo de pensiones, cesantías y EPS y suscribir las actas de conciliación requeridas	H/V	Saneamiento de aportes	Yerardini Zuta	Actas de conciliación según los acuerdos de la conciliación	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
040	Solicitud, radicación, firma y entrega de actas de saneamiento de aportes patronales para la causación	H	Saneamiento de aportes	Yerardini Zuta	Causación de las actas firmadas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
041	Diligenciar los formatos y anexos requeridos para sustentar el cruce de cuentas a realizarse con las Administradoras de fondo de pensiones, cesantías y EPS	H	Saneamiento de aportes	Yerardini Zuta	Formatos y anexos diligenciados para los cruces de cuentas	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
042	Entregar Informe de las actividades desarrolladas en el proceso de saneamiento de los Aportes Patronales.	H	Saneamiento de aportes	Yerardini Zuta	Informe resultado de los saneamientos de aporte patronales realizados	PROGRAMADO						1	0%													1	0%		2	0%	100%				
043	Recepcionar, organizar y realizar los informes correspondientes para entregar la supervisión del plan de bienestar social para su causación de cuenta.	H	Plan de bienestar Social	Erika Gonzáles	Documentos que se entregan para la respectiva causación de cuenta.	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%			
044	Revisar, verificar y cargar información a la plataforma CETIL In referente a las semanas de rotación de pensiones	H	Desvinculación del	Yerardini Zuta	Certificado CETIL para cada funcionario	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

Código	Descripción	Tipo	Categoría	Responsable	Detalle	Ene												Feb												Mar												Total	Avance	%
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
303.22.01	Registrar la labor en la institución según sea el caso por página web o en medio físico para que sea radicado en cada entidad.	H	personal	Erika Vera	Presencia impresa a base de los funcionarios.	EJECUTADO																																				0	0%	100%
079	Coordinar el proceso de inducción al personal, adecuar el lugar para la inducción los días requeridos y diligenciar el formato THU - 00 - F06 y verificar la aprobación del mismo.	H	Ingreso personal	Erika Vera	Formato de inducción impreso en cada historia laboral para el ingreso	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
080	Consolidar, verificar y realizar los informes trimestrales (2193) propios de la subgerencia de Talento Humano.	H	Informe 2193	Erika Vera	Informe 2193 cargado en la pagina WEB	PROGRAMADO																																				5	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
081	Realizar ajustes, validar nuevamente información sobre las inconsistencias e y errores generados por afiliación anterior a la ARL Y COMFIAR	H	Ingreso personal	Erika Vera	Ajustes realizados en las plataformas, documentos de afiliación nuevamente diligenciados.	PROGRAMADO																																				4	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
082	Retirar de la ARL, EPS a los funcionarios que liquidan por terminación laboral en la institución.	H	Ingreso personal	Erika Vera	Certificado de egreso de las plataformas requeridas.	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
083	Recibir los documentos de incapacidades presentados por los colaboradores de la ESE, y verificar que contengan los soportes requeridos para la liquidación y cobro a las diferentes Entidades Promotoras de Salud.	H/V	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Reporte de las incapacidades	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
084	Radiciar las incapacidades a las diferentes entidades promotoras de salud.	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Radicado de incapacidades en medio físico - magnetico	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
085	Realizar el cobro de incapacidades ante las diferentes entidades promotoras de salud	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Radicado de cobro incapacidades en medio físico magnetico	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
086	Reportar los pagos realizados por las entidades promotoras de salud las incapacidades al área de cartera	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Reporte de correo /oficio de notificación de envío	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
087	Consolidar en Excel el reporte de incapacidades presentadas mensualmente y radicar ante la oficina de nómina	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Reporte de correo /oficio de notificación de envío con recibido	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
088	Registrar en el módulo de cuentas por pagar del software DINAMICA GERENCIAL de las incapacidades presentadas por los trabajadores a corte 21 de cada mes	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Registro en el software DINAMICA	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
089	Mantener actualizado el formato de Excel del control de ausentismo laboral (por incapacidad).	H	Incapacidades personal	Yulitza Prieto	Reporte de infome ausentismo laboral - proceso salud laboral	PROGRAMADO																																				12	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
090	Realizar la política de talento humano.	P	Sistema integrado de gestión	Hasslye Carmona	Política de talento humano revisada y aprobada	PROGRAMADO																																				1	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
091	Articular la política de integridad con la de conflicto de intereses.	H	Seguimiento institucional	Hasslye Carmona	Política actualizada. Documento actualizado.	PROGRAMADO																																				2	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
092	Apoyar la ejecución del plan de capacitación según directrices por el jefe inmediato	H	Plan institucional de capacitaciones	Hasslye Carmona	Evidencias desarrollo plan de capacitaciones	PROGRAMADO																																				11	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%
093	Elaborar un protocolo de atención dirigido a los servidores públicos frente a los casos de acoso laboral.	H	Seguimiento institucional	Hasslye Carmona	Documento aprobado.	PROGRAMADO																																				1	0%	100%
						EJECUTADO																																				0	0%	100%

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025

120%
PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL
DI AN DE ACCIÓN 2025

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

PROCESO	GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO		
SUBPROCESO:	GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	ADDY YASMIN VARGAS RAMIREZ		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIENEGIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN ANUAL DEL SG-SST VIGENCIA 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Fomentar y promover de forma permanente la formación de los trabajadores en sus competencias y conlleva a una transformación cultural de la institución con la más alta calidad y un enfoque ético, seguro y humanizado, que le permita al Hospital del Sarare, mantener una posición competitiva en el sector salud.		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				TOTAL PORCENTAJE
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

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		
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
001	Elaboración del plan de acción vigencia 2025 del Subproceso.	P	Política de Planeación	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Plan de acción	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0% 0%	100%	
002	Rendición de cuenta y revisión por la alta dirección vigencia 2024	VIA	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	• Informe de revisión por la dirección • Acta de la revisión por la dirección	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%										1 0	0% 0%	100%	
003	Reporte de autoevaluación de estándares mínimos del SG-SST de la vigencia 2024 ante el Ministerio de Trabajo, a través de la página del Fondo de Riesgos Laborales.	PH	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, ante entes externos	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Certificado expedido por el Ministerio de Trabajo Certificado de la ARL	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%										1 0	0% 0%	100%	
004	Elaboración y presentación de Informe General del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo Vigencia 2024 en SIA Observa_Contratoria Departamental.	PH	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional, ante entes externos	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Informe del SG-SST vigencia 2024 en formatos de la contratoria, entregados a Sistemas.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%	1 0	0%									2 0	0% 0%	100%	
005	Convocatoria, elección y conformación del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) para vigencia 2025-2027	P	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. Subgerente de Talento Humano	• Soportes de convocatoria, elección y constitución. • Resolución con nombramientos, funciones respectiva	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%									1 0	0% 0%	100%	
006	Realizar seguimiento a la operatividad del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. - Brindar reporte trimestral de enfermedad y accidentalidad laboral al COPASST. - Socializar los resultados de autoevaluación/Auditoría Interna al COPASST.	P	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.	• Actas de reunión • Plan de acción • Plan de mejoramiento • Informe de actividades trimestral • Socialización de indicadores de AT y EL trimestral	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%	1 0	0%		1 0	0%			1 0	0% 0%	4 0	0% 0%	100%
007	Convocatoria, elección y conformación del Comité de Convivencia Laboral (COCOLA) para vigencia 2025-2027	P	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. Subgerente de Talento Humano	• Soportes de convocatoria, elección y constitución. • Resolución con nombramientos, y funciones respectivas	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%								1 0	0% 0%	1 0	0% 0%	100%
008	Realizar seguimiento a la operatividad del Comité de Convivencia Laboral	P	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.	• Actas de reunión • Plan de acción • Plan de mejoramiento • Informe de actividades cuatrimestral	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%	1 0	0%		1 0	0%			1 0	0% 0%	4 0	0% 0%	100%
009	Definir el programa de capacitación del SG-SST de acuerdo con los riesgos identificados y necesidades normativas.	P	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.	Programa y Cronograma de capacitación actualizado.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0% 0%	100%	
010	Elaboración de cronograma de Inspecciones planeadas según necesidades del SG-SST.	P	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.	Programa y Cronograma de inspecciones actualizado	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0% 0%	100%	
011	Revisión, actualización y publicación de la política y objetivos de SST en los medios de comunicación masiva institucional e incluir en la actualización del manual de SG-SST, de Inducción y rendición de talento Humano	P	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.	• Soportes de revisión de la política y de los objetivos, aprobado por la Gerencia y Comité de Gestión y desempeño • Publicación en medios de comunicación y cartelera	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%						3 0	0% 0%	100%	
012	Implementar Plan de mejoramiento, de los resultados de las luxometrías, sonometrías, y vibraciones resultado de 2024 realizadas por la ARL, y determinar las acciones correctivas y realizar seguimiento a las mismas.	P	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.	Seguimiento al Plan de mejora	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%		1 0	0%		1 0	0%		1 0	0% 0%	4 0	0% 0%	80%
013	Actualización del Normograma Institucional: Identificación y actualización de requisitos legales aplicables SST y SGRL.	PH	Normograma institucional	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	• Correo electrónico a Jurídica/calidad para revisión de matriz legal y codificación por parte de Jurídica. • Matriz legal actualizada.	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0	0%		1 0	0%			1 0	0%	3 0	0% 0%	100%	
014	Realizar seguimiento al formato matriz de reportes de actos y condiciones inseguras e incidentes laborales.	PH	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.	• Matriz de reporte de actos y condiciones inseguras e incidentes laborales con sus respectivos indicadores	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	12 0	0% 0%	100%	
015	Revisión, aprobación y socialización de la Guía "Requisitos de SST para la evaluación y selección de proveedores y contratistas"	PH	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.	Actas de reunión gestión de mesas técnicas de trabajo. Guía requisitos SST para la evaluación y selección de proveedores y contratistas.	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%	1 0	0%							2 0	0% 0%	100%	
016	Elaboración, aprobación y socialización de procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras y adquisición de productos y servicios.	PH	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 elaborado • Acta de gestión de aprobación del documento • Registro de socialización ante el comité gestión y desempeño	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%	1 0	0%							2 0	0% 0%	100%	
017	Aplicación de encuesta y elaboración de informe de perfil sociodemográfico de la población trabajadora 2025.	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	• Base de datos con resultados de encuesta. • Informe consolidado del Perfil sociodemográfico de la población trabajadora. • Socialización de resultados al personal.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%	1 0	0%								2 0	0% 0%	100%	
018	Solicitar y revisar informe de diagnóstico de condiciones de salud y ejecución de recomendaciones	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R. Médica Laboral	Informe consolidado Diagnóstico de las condiciones de salud de la población trabajadora.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%	1 0	0%								2 0	0% 0%	100%	
019	Actualización del profesiograma de acuerdo a las condiciones médicas de la población trabajadora	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. Médica Laboral	• Profesiograma actualizado y firmado por médico laboral, y Gerencia. • Acta de socialización al Comité de Gestión y desempeño.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%	1 0	0%								2 0	0% 0%	100%	
020	Revisar y actualizar el listado maestro de documentos del SG-SST	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.	• Actas de reuniones de revisión documentación.	PROGRAMADO		1 0	0%	1 0	0%								2 0	0% 0%	100%	

CODIGO DIR-01-F09

PLAN DE ACCIÓN

REVISIÓN NO.	02	PLAN DE ACCIÓN												0	100%			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
201	Actualización Caracterización del Subproceso de Salud y Seguridad Laboral	H	Sistema integrado de Gestión de la Calidad	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Caracterización del subproceso	EJECUTADO										1	0%	100%
202	Aplicación de batería de riesgo psicosocial	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Diagnostico psicosocial de la población trabajadora 2025 firmado por Psicólogo con licencia SST vigente	PROGRAMADO										1	0%	100%
203	Actualizar el procedimiento para el reporte e investigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales que incluya el reporte a la Direccional de ministerio de trabajo, e incluir herramienta de registro actualizado de enfermedad laboral.	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.	Procedimiento para el reporte de AT y EL actualizado.	PROGRAMADO										2	0%	100%
204	Revisión y actualización del procedimiento para la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos.	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.	Procedimiento para la identificación de peligros, valoración de los riesgos y determinación de controles actualizado.	PROGRAMADO										1	0%	100%
205	Revisión y actualización de las matrices de identificación de peligros y valoración de riesgos, incluyendo todas las sedes de la institución, los puestos de salud aplicando mecanismo virtual de participación para la identificación de peligros, que involucre todos los centros de trabajo y todos los colaboradores independientemente la modalidad de contratación.	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.	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de chequeos identificación de peligros y riesgos. - Matrices de IPEVR actualizadas. 	PROGRAMADO										4	0%	100%
206	Establecer el programa de clasificación, etiquetado, manipulación y almacenamiento seguro de las sustancias químicas según el sistema armónico globalizado.	H	Sistema Integrado de Gestión	Líder de seguridad y salud en el trabajo Líder de Gestión ambiental	Programa de clasificación, etiquetado, manipulación y almacenamiento seguro de las sustancias químicas según el sistema armónico globalizado.	PROGRAMADO										2	0%	100%
207	Plan de mejora de Mediciones ambientales	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. ARL Positiva	<ul style="list-style-type: none"> - Informe con resultado de mediciones ambientales. - Plan de mejoramiento en base a resultados. - Socialización del Plan de mejora según resultados al COPASST. 	PROGRAMADO										2	0%	100%
208	Campañas de vacunación según programas de vigilancia epidemiológica por Riesgo Biológico o condiciones de salud de los trabajadores, conclusión de esquemas de vacunación, (hepatitis B, Tétano, COVID 19, fiebre amarilla, influenza, Triple viral)	H	SVE Riesgo Biológico	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Documento de registro y control de vacunación.	PROGRAMADO										6	0%	100%
209	Revisión, actualización y seguimiento de la vacunación de la población.					EJECUTADO										0		
209	Semana de la salud laboral: Control nutricional, prevención de obesidad, prevención de cáncer de mama, control de riesgo cardiovascular, visiometría, citologías, audiometrías, valoración ocupacional periódica, control del estrés (spa, sauna) balneoterapia, vacunación	H	Programa de PYP y estilos de vida saludable	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	<ul style="list-style-type: none"> - Registros de asistencia - Conceptos de aptitud médica 	PROGRAMADO										1	0%	100%
209	EJECUTADO															0		
230	Actualizar el Programa y la Matriz de elementos de protección personal y aumentar los seguimientos al mismo.	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.	<ul style="list-style-type: none"> -Acortar periodicidad de inspección de uso de EPP (cada 3 meses) y colocar la firma del líder para su compromiso - Matriz de EPP actualizada. 	PROGRAMADO										5	0%	100%
230	Socializar la responsabilidad del líder en la supervisión de la implementación de los protocolos, procedimientos del SG-SST y los EPP de cada uno de sus colaboradores.					EJECUTADO										0		
230	Actualizar matriz de EPP															0		
231	Elaborar procedimiento de trabajo seguro; en frío, caliente, eléctrico, eléctrico en caliente y socializar.	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. I	Instructivos elaborados y socializados	PROGRAMADO										2	0%	100%
231	EJECUTADO															0		
232	Actualizar el programa de PYP, con estilos de vida saludables, Socialización de las políticas de alcohol, tabaco y farmacodependencias y de acuerdo a los resultados del informe de condiciones de salud, perfil sociodemográfico, batería psicosocial 2025	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.	<ul style="list-style-type: none"> -Programa de PYP Actualizado -Registros de socialización de la política de tabaco, alcohol y drogas 	PROGRAMADO										2	0%	100%
232	EJECUTADO															0		
233	Actualización y ajuste de actividades de los programas de los Programas de vigilancia epidemiológica del SG-SST.	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.	Disminución en los indicadores de incidencia de la enfermedad y accidentalidad laboral.	PROGRAMADO										2	0%	100%
233	<ul style="list-style-type: none"> 1. Plan de Trabajo del SVE de Riesgo Biomecánico, patología osteomuscular (Aplicación de encuesta osteomuscular) 2. Plan de trabajo de Riesgo Biológico 3. Plan de trabajo del SVE de Riesgo Psicosocial 4. Plan de Trabajo del Programa de Alturas y confinados 5. Plan de trabajo del Plan de Emergencias 6. Plan de Trabajo de Plan estratégico de seguridad Vial 7. Plan de trabajo de Programa de Protección Radiológica 					EJECUTADO										0		
234	Realizar socialización de los resultados de la evaluación de estándares mínimos, resolución 0312 de 2019, a la Alta dirección al COPASST y al comité de Gestión y desempeño	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.	Acta de socialización	PROGRAMADO										1	0%	100%
234	EJECUTADO															0		
235	Actualización, implementación, y seguimiento a los Programas de Gestión del Riesgo	HV	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.	Documentos actualizados.	PROGRAMADO										5	0%	100%
235	<ul style="list-style-type: none"> 1. SVE de Riesgo Biomecánico, patología osteomuscular (Aplicación de encuesta osteomuscular) 2. SVE Riesgo Biológico 3. SVE de Riesgo Psicosocial 4. Programa de Prevención y Protección contra caídas en Alturas - Procedimiento de rescate en alturas, y confinados 5. Plan de trabajo del Plan de Emergencias 6. Plan de Trabajo de Plan estratégico de seguridad Vial 7. Plan de trabajo de Programa de Protección Radiológica 					EJECUTADO										0		
236	Actualizar el registro y control de los exámenes que permitan planificar y realizar seguimientos de los exámenes ocupacionales de la vigencia y se trabaje en coordinación con talento humano y contratación para garantizar se incluya la totalidad del personal de planta, a término fijo y contratistas.	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.	Procedimiento de exámenes ocupacionales actualizado y aprobado, que incluya controles de entrega de certificado de aptitud médica y controles de seguimiento de los exámenes ocupacionales.	PROGRAMADO										2	0%	100%
236	Actualizar el procedimiento de exámenes ocupacionales, definir control de comunicación escrita al trabajador sobre la entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales.																	
236	Identificar trabajadores con exposición a agentes cancerígenos y realizar las evaluaciones médicas los de acuerdo a los parámetros establecidos e índices biológicos de exposición (BEI), recomendados por la ACGIH o elaborar protocolo de evaluación según los requisitos del art 13 de la resolución 2346/2007																	
236	Medico ocupacional																	
236	Registro de entrega de certificados de aptitud médica. Formato THS-01-F103																	
236	Acta de mesa técnica de revisión de los requisitos y determinar la inclusión de los criterios normativos en los exámenes ocupacionales que incluya la evaluación a agentes cancerígenos.																	
237	Actualización del procedimiento para la revisión del SG-SST por la alta dirección	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.	Procedimiento actualizado, formato de revisión por la alta dirección	PROGRAMADO										1	0%	100%
237	Realizar revisión por la alta dirección de la vigencia 2024																	
237	Líder de Calidad																	
238	Diagnostico de análisis de puestos de trabajo, en área administrativa y asistencial, en todas las sedes. (Evaluación de cada puesto de trabajo en área administrativa, y asistencial)	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.	Formato diligenciado, y hallazgos cerrados	PROGRAMADO										5	0%	100%
238	ARL Positiva																	
238	EJECUTADO															0		
238	PROGRAMADO															8		

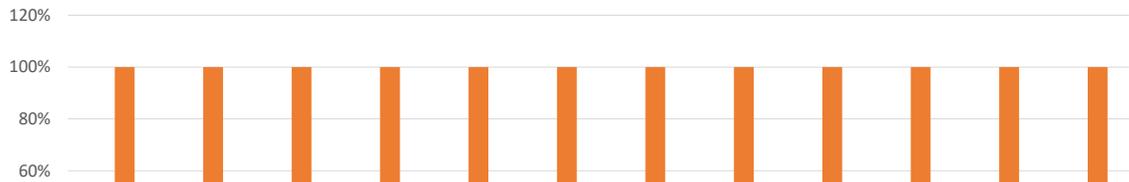
*Actualizar la matriz de reubicaciones laborales con un control de los seguimientos periódicos e incluir como parte de los formatos del programa de promoción y prevención.

PLAN DE ACCIÓN

039	* Hacer seguimiento a las personas en reubicación y restricciones laborales, dejar documentado en formato y articular con talento humano	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.	AT, EL y EC. Informe de seguimiento enviado a talento humano	EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	100%		
040	Mesas de trabajo, y comité circunstanciales para temas de salud de los funcionario en seguimiento	H	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/ Addy Vargas / Medico Laboral	Disminución en los indicadores de enfermedad y accidentalidad laboral por AT, EL y EC.	PROGRAMADO	1	0%													4	0%	80%		
						EJECUTADO															0				
041	Aplicar herramienta de estudios de puestos de trabajo para Riesgo Biomecánico y realizar diagnóstico de los puestos de trabajo, en áreas operativas y administrativas.	H	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/ Addy Vargas	Diagnostico de Análisis de puestos de trabajo de Riesgo Biomecánico	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%									3	0%	100%		
						EJECUTADO															4				
042	Realizar seguimiento al Plan de mantenimiento donde se evidencia el mantenimiento de la infraestructura, herramientas y equipos menores, sillas ergonómicas, aires acondicionados, ventiladores, puertas corredizas. - Creación del link de inspección preoperacional de herramientas y equipo menores - Listado de herramientas y equipos menores - Actualización de instructivo de trabajo seguro con de herramientas y equipos menores. (Almacén, mantenimiento e infraestructura, etc.) que por su riesgos/peligros lo amerite	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R. Líder de Mantenimiento	Acta de Seguimiento al mantenimiento Plan de mejora	PROGRAMADO	1	0%	1	0%											4	0%	100%		
						EJECUTADO															0				
043	Articular y actualizar el plan de emergencias (análisis de vulnerabilidad, valoración y determinación de PONS). - Planes actualizados de rutas y salidas de emergencias en todas las sedes - Plan de contingencia para evacuación de la nueva UCI, para evacuación por incendio, sismo o atentado terrorista - Incluir dentro del plan de emergencias el área de restaurante - Señalizar los pulsadores de alarma activar en caso de emergencia. - Programar simulacro durante la vigencia 2025 para la sede Incora. - Actualización del Plan de ayuda mutua (Socialización con todos los entes involucrados)	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R. ARL Positiva Planeación	- Documento donde se evidencien el análisis de vulnerabilidad de todas las sedes, y determinación del Pons - Informe de simulacro - Capacitación de brigadas de emergencia - Plan de emergencias actualizado, con sus respectivos anexos	PROGRAMADO				1	0%	1	0%	1	0%	1	0%					4	0%	100%	
						EJECUTADO															0				
044	Actualizar la estructura de las brigadas de emergencias y hojas de vida de brigadistas.	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				
045	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.	Documento índice de seguridad hospitalaria actualizado.	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 - Copasat - 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%	100%
						EJECUTADO															0	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	0%		1	0%			1	0%	0				0	1	0%	1	0%	100%
						EJECUTADO															0				
048	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc.)	VIA	Sistema integrado de gestión	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / 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%	100%	
						EJECUTADO															0				
049	Seguimiento al Desarrollo de actividades de los Programas de gestión del Riesgo SVE.	VIA	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Actas de reunión	PROGRAMADO				1	0%			1	0%					1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO															0				
050	Seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora derivadas de las inspecciones de seguridad y salud en el trabajo.	VIA	Sistema integrado de gestión SG-SST	Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo / Addy Yasmin Vargas R.	Seguimiento en informes de hallazgos	PROGRAMADO				1	0%			1	0%					1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO															0				
051	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%						2	0%	100%		
						EJECUTADO															0				
052	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 (vídeo)	PROGRAMADO								1	0%	1	0%				2	0%	100%		
						EJECUTADO															0				
053	Realizar seguimiento e informe de los indicadores de gestión del subproceso	H/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.	Fichas técnica del indicador actualizada según periodicidad.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%
						EJECUTADO															0				
054	Planificar auditoria según el alcance definido por la vigencia 2025.	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	PROGRAMADO														1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO															0				
055	Realizar seguimiento de acuerdo a lo definido en el procedimiento de seguimiento y mejoramiento institucional (Plan de trabajo)	V	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Líder de seguridad y salud en el Trabajo/ Addy Vargas	Compromisos resultados de reuniones y de seguimientos por ARL y entes externos, en la matriz de Plan de mejoramiento	PROGRAMADO				1	0%			1	0%					1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO															0				

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025





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:	CLAUDIA MERCHANO FORERO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Fomentar y promover de forma permanente la formación de los trabajadores en sus competencias y conlleve a una transformación cultural de la institución con la más alta calidad y un enfoque ético, seguro y humanizado, que le permita al Hospital del Sarare, mantener una posición competitiva en el sector salud.		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				TOTAL 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)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE	AVANCE	META		
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE					
							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 evaluación del desempeño institucional	Claudia Merchano Forero	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	Claudia Merchano Forero	Manual único de indicadores (incluir 3 indicadores) Tablero de indicadores (incluir 3 indicadores)	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO			0			0		0		0					0		0
003	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de gestión docencia servicio e investigación	P	Gestión del riesgo	Claudia Merchano Forero	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO			0			0		0		0					0		0
004	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el subproceso para actualización de normograma institucional.	H	Normograma institucional	Claudia Merchano Forero	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO			1	0%			1	0%				1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO															0		0
005	Actualización de documentación del subproceso de gestión docencia servicio e investigación	H	Gestión Documental	Claudia Merchano Forero	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	H	Gestion documental	Claudia Merchano Forero	Elaboración documental de: Reglamento de prácticas formativas. (pendiente actualización y aprobación). Procedimiento de aplicación de evaluación de ingreso para trabajadores.	PROGRAMADO			1	0%			1	0%				1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO							0									0	
007	Socializar en el marco del comité de ética en la investigación, las funciones y los principios éticos a tener en cuenta en los proyectos de investigación.	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Claudia Merchano Forero	Acta de socialización	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO			0		0		0		0		0		0		0		0
008	Consolidar información sobre evaluación de ingreso del personal misional, realizar socialización, seguimiento y aplicación de evaluación de conocimientos.	H	Sistema integrado de gestión	Claudia Merchano Forero	Formato Excel de evaluación. Registro de seguimiento y aplicación.	PROGRAMADO			1	0%			1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO										0						0	
009	Realizar seguimiento del plan de acción e informe de gestión y desempeño del subproceso gestión docencia servicio e investigación	H	Sistema integrado de gestión	Claudia Merchano Forero	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%	11	0%	100%
						EJECUTADO	0		0		0		0		0		0		0		0		0
010	Participación en reuniones y mesas de trabajo institucionales	H	Sistema integrado de gestión	Claudia Merchano Forero	Actas de reunión y registro fotográfico.	PROGRAMADO			1	0%			1	0%				1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO															0		0



CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

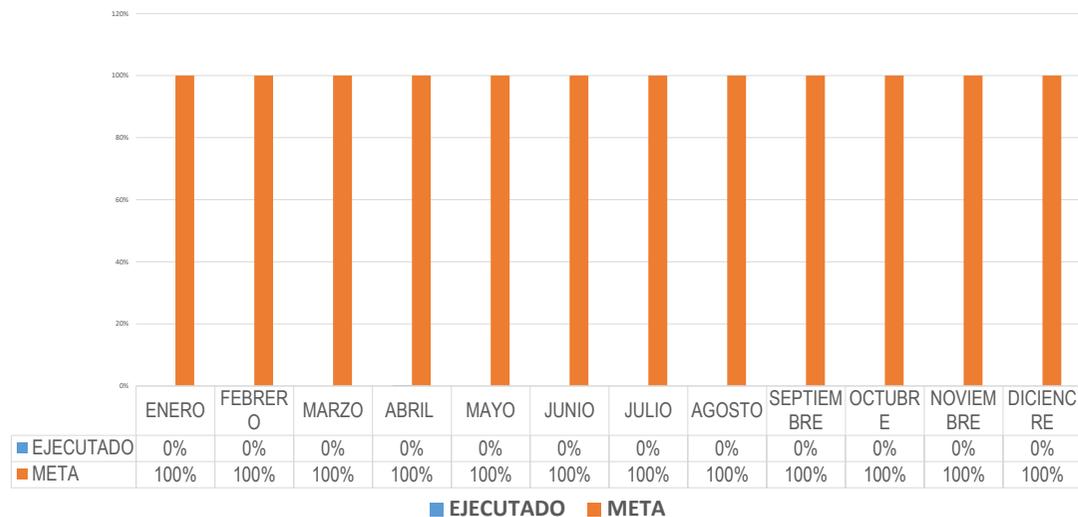
PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

Código	Descripción	Responsable	Sistema	Estado	Fecha	Avance	Meta
303.22.01	como lo determina la Comisión intersectorial del Talento humano en Salud – CITHS.		gestión				
025	Elaboración del Formato Único de Inventario Documental – FUID, organización de documentos y foliación, de manera trimestral.	Claudia Merchano Forero	Control interno			1	0%
026	Programar, organizar y redactar acta de comités con las diferentes instituciones educativas si se tiene estudiantes en estado de práctica (Universidades y escuelas) con el que se tenga convenio vigente. Universidad Nacional de Colombia. Escuela de ESEDO y CEDECSPRO. Universidad de Pamplona. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.	Claudia Merchano Forero	Sistema Integrado de Gestión			1	0%
027	Recepción y revisión de minutas de convenios, que contengan los requisitos mínimos según el "decreto 780 de 2016 en su ARTICULO 2.7.1.1.10. Convenios docencia-servicio"	Claudia Merchano Forero	Sistema Integrado de Gestión			1	0%
028	Gestionar el ingreso de estudiantes que requieren presentar el "servicio social estudiantil obligatorio" a los colegios y distribuirlos en las dependencias de acuerdo a la necesidad y disponibilidad.	Claudia Merchano Forero	Sistema Integrado de Gestión			1	0%

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025



SEGUIMIENTO Y CONTROL



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	SISTEMA DE GESTION INTEGRADOS		
SUBPROCESO:	GESTIÓN DE LA CALIDAD - GESTIÓN AMBIENTAL- GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LIDER SIG		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION DE SISTEMAS INTEGRADO DE GESTIÓN		
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				% DE AVANCE TOTAL
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	
0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE					
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE	AVANCE	META				
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%			
1	Realizar plan de acción para la vigencia 2025.	P	Plan de acción de procesos	Lider de gestión de la calidad	Plan de acción diligenciado a probado en el comité de gestión y desempeño	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%													1 0	0%	100%	
2	Actualizar guía de elaboración documental SIG-01-G06.	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Guía de elaboración documental actualizada y aprobada por el comité de gestión y desempeño	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%														1 0	0%	100%
3	Socializar la guía de elaboración documental con líderes de cada subproceso	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Actas de asistencia a capacitación donde se evidencie la asistencia de los líderes asistenciales y administrativos	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0														1 0	0%	100%
4	Realizar reporte mensual los primeros 5 días calendario a las EAPB de los indicadores bajo las resoluciones 0256 y 1552.	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Formato intintional de indicadores diligenciado y publicado en la IP4 \\192.168.1.4\CapetaCalidad\Version01\01.PROCESOS ESTRATÉGICOS\1.DIR-	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%
5	Entregar informe trimestral de la resolución 2193 para el reporte de información SIHO.	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Portada del informe con recibido por parte de la líder de contabilidad	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0					1 0%						1 0%				4 0	0%	100%
6	Realizar informe trimestral con análisis de la información para la calidad según reporte MOCA.	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Informe trimestral con análisis de datos en resolución 2193	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0					1 0%						1 0%				4 0	0%	100%
7	Realizar seguimiento trimestral a las actas de comités intitucionales.	V	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Informe ejecutivo del seguimiento de las actas de comité	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%				1 0%							1 0%			4 0	0%	100%
8	Actualizar constancias de habilitación de todas las sedes, que incluya horario de atención, capacidad instalada y horarios de servicios	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Contancias actualizadas de habilitación publicadas en la IP4 \\192.168.1.4\CapetaCalidad\Version01\01.PROCESOS ESTRATÉGICOS\1.DIR-DIRECCIÓN\1.DIRECCION\10.	PROGRAMADO EJECUTADO							10 0%									10 0	0%	100%
9	Realizar Programa de Mejoramiento para la Calidad vigencia 2025 PAMEC	P	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Acta de reunión donde se evidencien las actividades PAMEC a ejecutar en la vigencia 2024	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%														1 0	0%	100%
10	Realizar cargue de resultados obtenidos del Programa para el Mejoramiento de la Calidad en la vigencia 2024 ante la Unidad administrativa especial de Arauca y la supersalud	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Soporte de cargue de las actividades PAMEC ante la página de la SUPER SALUD Soporte de envío de ejecución en la vigencia 2024 de las actividades PAMEC	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%														1 0	0%	100%
11	Realizar seguimientos trimestrales que incluya orientación a los líderes para el desarrollo de las actividades PAMEC 2025.	V	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Informe ejecutivo del seguimiento a las actividades PAMEC vigencia 2024 por trimestre	PROGRAMADO EJECUTADO						1 0%						1 0%				3 0	0%	100%
12	Actualizar la capacidad instalada de los servicios ambulatorios y hospitalarios de todas las sedes.	H	Programa mejoramiento de calidad	Lider de gestión de la calidad	Capacidad instalada actualizada de la ESE Hospital del Sarare	PROGRAMADO EJECUTADO						1 0%										1 0	0%	100%



CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

PLAN DE ACCIÓN

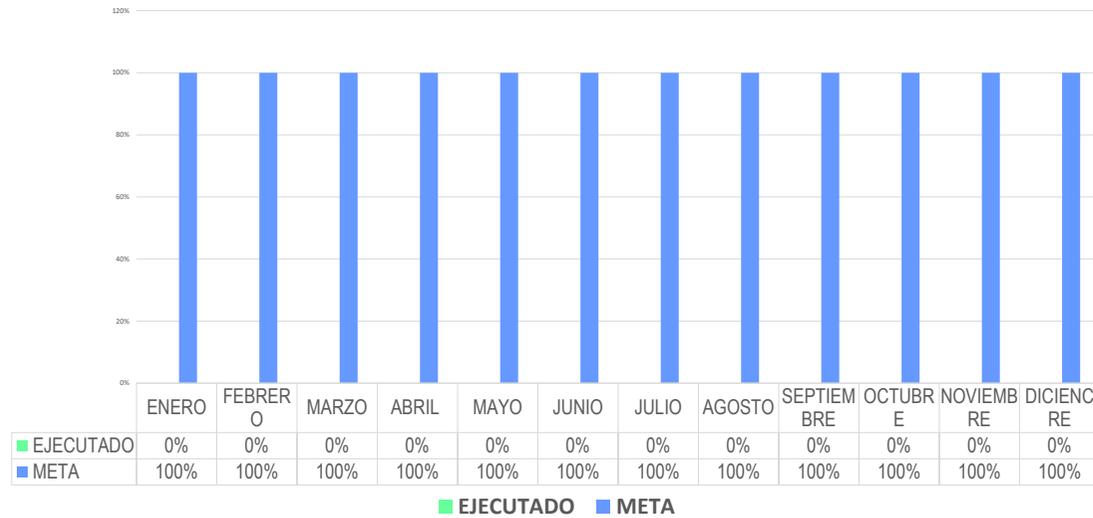
Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

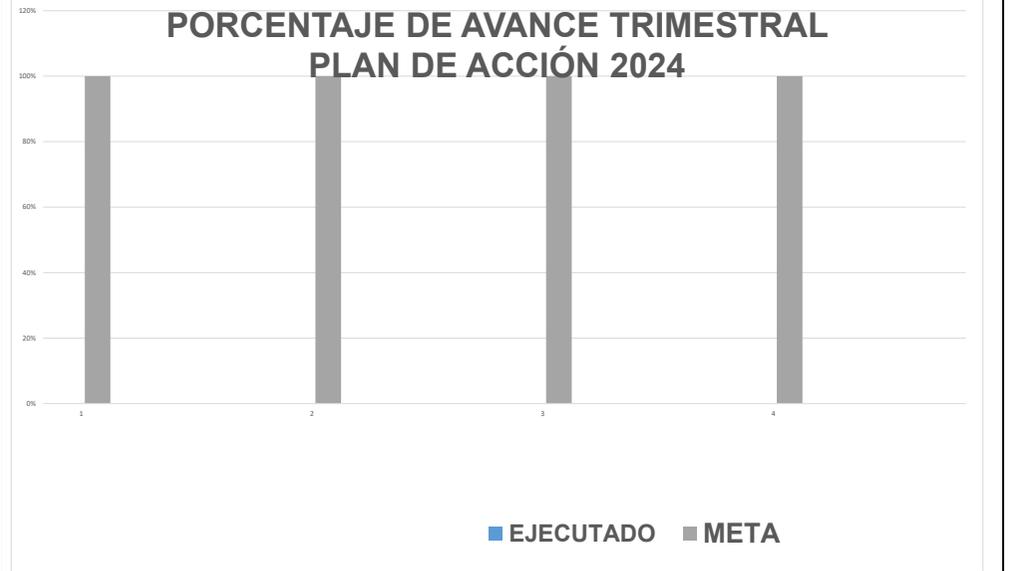
ID	Descripción	Tipo	Sistema	Responsable	Documento	Ejecución Mensual												Total	%																		
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																				
30	Implementación de estrategias para la reducción del uso de plásticos de un solo uso	H	Plan de gestión ambiental PGIRASA	Líder de gestión ambiental	Informe ejecutivo con las estrategias implementadas para la reducción de uso de plásticos de un solo uso	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	0%	
31	Planificación del presupuesto ambiental para la vigencia 2026.	P	Plan anual de compras	Líder de gestión ambiental	Proyección del presupuesto para la implementación de estrategias ambientales para la vigencia 2026	PROGRAMADO																													1	0%	100%
						EJECUTADO																													0	0%	
32	Proyectar el cronograma para los comités de Gestión Integral de Riesgo	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión y administración del riesgo-Ref Jorge Mora	Cronograma de COMITÉ	PROGRAMADO	1																												1	0%	100%
						EJECUTADO																													0	0%	
33	Realizar el Comité de Gestión Integral de Riesgo	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión y administración del riesgo-Ref Jorge Mora	Acta de Comité de gestión integral de riesgo	PROGRAMADO																													1	0%	100%
						EJECUTADO																													0	0%	
34	Realizar Seguimiento al plan de mejora de la Auditoría a la Gestión y administración de Riesgos de la Institución	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión y administración del riesgo-Ref Jorge Mora	Acta de seguimiento	PROGRAMADO								1	0%																				1	0%	100%
						EJECUTADO																													0	0%	
35	Consolidar la matriz de Riesgos	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión y administración del riesgo-Ref Jorge Mora	matriz de riesgos	PROGRAMADO								1	0%																				1	0%	100%
						EJECUTADO																													0	0%	

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2024



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2024



SEGUIMIENTO Y CONTROL



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN	
SUBPROCESO:	GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE- PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LIDER PROCESO	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION DEL PROCESO GESTIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN	
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.	

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

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE						
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META					
1	Establecer el plan de acción de seguridad del paciente- IAAS/PCI vigencia 2025	P	SIG/MIPIG	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Plan de acción vigencia 2024 Resolución de aprobación del plan de acción	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%												1 0	0%	100%			
2	Elaboración del mapa de riesgo y oportunidades del proceso de Gestión clínica	H	Gestión del riesgo	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%													1 0	0%	100%	
3	Realizar un seguimiento continuo de la implementación de los programas de formación en las vigilancias de seguridad del paciente, IAAS y PROA	V	Plan Institucional de Capacitación- Programa de IAAS-Programa de seguridad del paciente-	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Reporte de seguimiento del programa de Formación Continua	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0			1 0			1 0			1 0			4 0	0%	100%	
4	Implementación de Trigger Tools para la Identificación de Eventos Adversos	H	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Seguimiento cuatrimestral de la implementación de trigger tools, a través de informes y reportes que identifiquen oportunidades de mejora.	PROGRAMADO EJECUTADO				1 0						1 0					1 0	3 0	0%	100%	
5	Realizar seguimiento a la implementación del programa de seguridad del paciente.	H	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Informe mensual de seguimiento del programa de Seguridad del Paciente, con datos de rondas diarias.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%	
6	Ronda de seguridad bimestral con los miembros del comité, cumpliendo con el manual de seguridad del paciente.	A	SEGURIDAD DEL PACIENTE	Gestión de la seguridad del paciente- Ref Jefe Sandra	Informe del equipo de cada ronda, incluyendo anexos al plan de mejora anual de seguridad del paciente y su seguimiento.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0		1 0			1 0			1 0			1 0			1 0	6 0	0%	100%
7	Solicitar y realizar seguimiento a los indicadores reportados por los subprocesos y registrar observaciones. 1. Indicadores de gestión generales. 2. Indicadores Normativos: *Resolución 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	A	SIG	Gestión de la seguridad del paciente- IAAS/PCI Ref Jefe Sandra Jiménez y Jefe Paola Tarazona respectivamente.	Informe trimestral de Indicadores de los programas y subprocesos del proceso de Gestión clínica.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%	
8	Realizar evaluación de Adherencia a Protocolos prioritarios en los subprocesos. *Caídas *Identificación de pacientes. *Utilización segura de medicamentos *Aislamiento. *Higiene de manos. *Medidas Bundles	A	seguridad del paciente_IAAS/PCI	Gestión de la seguridad del paciente- IAAS/PCI Ref Jefe Sandra Jiménez y Jefe Paola Tarazona respectivamente.	Informe de Evaluación de Adherencia	PROGRAMADO EJECUTADO					2 0								2 0			4 0	0%	100%	
9	Realizar de manera mensual el comité institucional de seguridad del paciente, del programa de Infecciones y de PROA	A	seguridad del paciente-IAAS-PROA	Gestión de la seguridad del paciente- IAAS/PCI Ref Jefe Sandra Jiménez y Jefe Paola Tarazona respectivamente.	Acta de cada comité	PROGRAMADO EJECUTADO	3 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	3 0	3 0	36 0	0%	100%	
10	Creación plan de mejora de la seguridad del paciente, IAAS y PROA para la vigencia 2025, basado en el análisis de eventos adversos según el protocolo de Londres.	H/A	seguridad del paciente-IAAS-PROA	Gestión de la seguridad del paciente- IAAS/PCI Ref Jefe Sandra Jiménez y Jefe Paola Tarazona respectivamente.	Seguimiento bimestral al Plan de Mejora de la Seguridad del Paciente 2025.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0		1 0			1 0			1 0			1 0			1 0	6 0	0%	100%



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

Item	Descripción	Categoría	Responsable	Actividad	Fecha Inicio	Fecha Fin	Estado	Avance (%)	Acciones Pendientes	Acciones Ejecutadas	Total													
11	Actualización de documentación: •Protocolo de caídas •Protocolo de identificación de pacientes •Protocolo de úlceras por presión. •Manual de seguridad del paciente (reportes de eventos, promoción de la cultura de seguridad) •Manual de educación continua del programa de seguridad del paciente (estrategias y paquetes instruccionales) •Manual del programa de Tecnovigilancia. •Manual del programa Hemovigilancia. •Manual del programa de Reactivovigilancia. •Manual del programa de Farmacovigilancia. •Protocolo y guía de administración de medicamentos. •Sistema de reporte de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos. •Manual de programa de IAAS/PCI •Documentación de medidas Bundles. •Manual de aislamiento. •Política institucional de higiene de manos. •Protocolo de limpieza y desinfección.	H	seguridad del paciente-IAAS-PROA	Gestión de la seguridad del paciente-IAAS/PCI Ref Jefe Sandra Jiménez y Jefe Paola Tarazona respectivamente, y líderes de cada una de las vigilancias.	Presentación de documentos al área de Calidad.		PROGRAMADO	16	16	0	100%													
							EJECUTADO		0	16	100%													
12	Realizar seguimiento a la implementación del programa de IAAS-PCI	V	IAAS	Prevención y control de IAAS- Ref Jefe Paola	Informe trimestral sobre los hallazgos de las rondas diarias del programa IAAS-PCI.		PROGRAMADO	1	4	0	100%													
							EJECUTADO		0	4	100%													
13	Notificación al sistema de Vigilancia. •IAAS_ consumo de Antibióticos. •IAAS_ infección asociada a dispositivos (IAD). •IAAS_ infección asociada a procedimientos médico quirúrgicos (IAPMQ). •IAAS_ resistencia bacteriana. •IAAS_ brotes IAAS.	VH	IAAS	Prevención y control de IAAS- Ref Jefe Paola (la ficha debe ser realizada por el Médico del servicio)	Reporte de fichas de notificación e informe SITREP en caso de brotes, seguimiento mensual para efectos del plan de acción.		PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100%	
							EJECUTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100%	
14	Generar el perfil microbiológico según datos Whonet 2024	H	PROA	Microbiología - infectornte	Informe microbiológico		PROGRAMADO	1	1	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
15	Socialización del perfil microbiológico 2024 a los funcionarios de la IPS Hospital del Sarare	A	PROA	Microbiología - infectornte	listado de asistencia de presentación, presencial y virtual		PROGRAMADO	2	4	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	2	100%													
16	Aplicación de la Fase 2 PROA (primera evaluación)	A	PROA	enfermera-médico PROA	Informe del estado de la Institución sobre el uso de antimicrobianos		PROGRAMADO	1	1	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
17	Desarrollo, adaptación o adopción de guías de práctica clínica. •Neumonía •IVU	H	PROA	médico PROA- Infectólogo	Documento.		PROGRAMADO	1	2	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
18	Garantía de la capacidad técnica y tecnológica para la ejecución del PROA. (cambios en Laboratorio y pruebas especializadas)	V	PROA	Microbiología	Socialización en comité sobre nueva tecnología y avances en pruebas microbiológicas.		PROGRAMADO	1	1	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
19	Desarrollo de algoritmos de diagnóstico y tratamiento	H	PROA	Equipo Operativo PROA	Algoritmo de neumonía y de IVU		PROGRAMADO	1	2	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
20	Realización de protocolos para pruebas de identificación de microorganismos.	H	PROA	Microbiología	Protocolo de pruebas según la clasificación del microorganismo.		PROGRAMADO	1	1	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
21	Aplicación de herramientas de autoevaluación del programa PROA	A	PROA	comité PROA	Acta de seguimiento		PROGRAMADO	1	2	0	100%													
							EJECUTADO	0	0	1	100%													
22	Evaluación de indicadores de proceso, de resultado y de impacto de	V/A	PROA	comité PROA	Diseñamiento del formato de indicadores		PROGRAMADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	100%
							EJECUTADO	0	0	0	100%													



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA		
SUBPROCESO:	HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD- TRABAJO SOCIAL- SISTEAMA DE ATENCIÓN AL USUARIO		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	MILENA TELLEZ - ADRIAN PUERTA- DIANA ZAPATA		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION GESTIÓN EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	y expectativas de su salud física, mental, emocional y espiritual, a través de métodos válidos y necesarios, que nos permitan identificar sus causas y aplicar los procedimientos pertinentes, para mejorar su calidad de vida y bajo la premisa de un trato seguro y humanizado.		

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				% TOTAL DE AVANCE
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	DIEMBRE	AVANCE	META							
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%							
1	Definición de indicadores del subproceso de humanización	P	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Matriz único de indicadores MEDIR BUEN TRATO / USUARIOS 1. Presentación e Identificación del Personal con el usuario (saludo y presentación) 2. Comunicación efectiva/ información clara recibida del usuario	PROGRAMADO	1	0%															1	0%	100%		
						EJECUTADO																	0				
2	Autodiagnostico de estandar 33 (Manual de acreditacion en salud - Política de Humanizacion)	H	Plan del SIG	Nilce Milena Téllez	Indicadores de percepcion de la experiencia en la atención Instrumentos de medicion: Test de percepcion de la atencion / Informe de resultados	PROGRAMADO		1	0%															1	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
3	Diseño e implementacion de 3 campañas anuales de sensibilizacion de buen trato dirigidas al cliente externo	H	Plan del SIG	Nilce Milena Téllez	Informe de ejecucion de la actividad - divulgación en medios de comunicacion institucionales Evidencias fotograficas	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%									3	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
4	Rondas de seguimiento y evaluacion de percepcion de buen trato: Salud y presentacion - informacion - comunicacion (cliente externo)	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Entrevista al usuario durante la ronda de humanización Planilla de ronda de seguimiento / firma del jefe del servicio	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
5	Educar a los usuarios en derechos, deberes y canales de recepcion de PQRSF.	P	Plan del SIG	Nilce Milena Téllez	Listado de asistencia de actividad en salas de espera Registro fotografico	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
6	Socializar a la comunidad el programa de humanización de la institucion a través del programa radial tu salud al día (cliente externo)	H	Plan del SIG	Nilce Milena Téllez	Guión de radio Divulgacion del programa en redes sociales	PROGRAMADO			1	0%						1	0%							2	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
7	Diseño e implementacion de 3 campañas de sensibilizacion y motivación de buen trato dirigidas al cliente interno	H	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Nilce Milena Téllez	Informe de ejecucion de la actividad Resultados del link institucional (reporte de incumplimiento de practicas de buen trato)	PROGRAMADO	1	0%			1	0%		1	0%									3	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
8	Implementacion y ejecucion Actividades del Código de Integridad.	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Registro fotografico / Lista de asistencia de actividades Informe semestral	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%			5	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
9	Construcción e Implementación de una de las estrategias de parto Humanizado	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Actas de construccion y socialización en el servicio de ginecobsletrica Registro fotografico / asistencia / Informe	PROGRAMADO	1	0%	1	0%		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
10	Diseñar e implementacion de estrategia de reconocimiento laboral - trayectoria laboral	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Registro fotografico / asistencia Informe semestral	PROGRAMADO			1	0%				1	0%			1	0%					3	0%	100%	
						EJECUTADO																	0				
11	Ejecucion del Programa para pre pensionados: Tejiendo Vida.	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Lista de asistencia de actividades Informe semestral	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	9	0%	100%
						EJECUTADO																	0				
12	Atencion psicosocial a trabajadores	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Link de solicitud de atencion Informe anual	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO																	0				
13	Desarrollar 3 actividades lúdicas: infantiles, adolescentes y	H	Sistema integrado de gestion	Nilce Milena Téllez	Registro fotoográfico / Lista de asistencia / Informe anual	PROGRAMADO					1	0%		1	0%		1	0%						3	0%	100%	



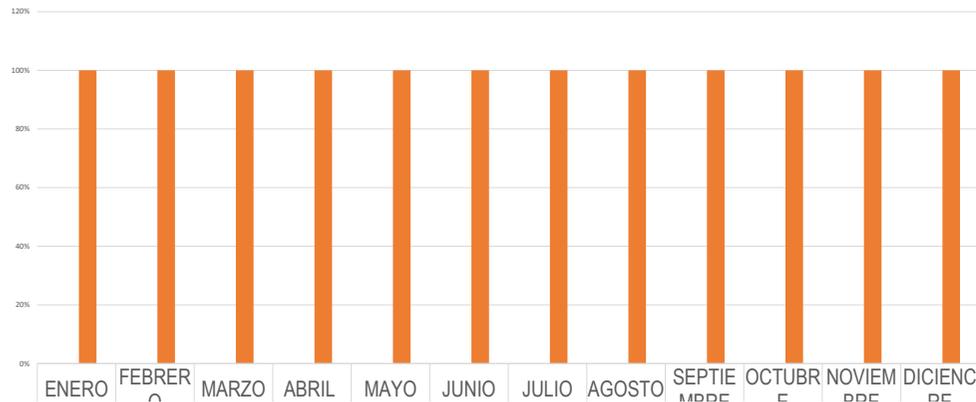
Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

Item	Descripción	Categoría	Sistema	Lider	Documento	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
34	Consolidar datos de actividades registradas en el Sistema Unico de Información de Trámites (SUIT) y realizar el respectivo reporte.	H	Política de racionalización de trámites Planeación / Control Interno	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Registro Mensual en página web Funcion Pública https://tramites1.suit.gov.co/suit-web/login.html	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
35	Realizar campañas educativas sobre deberes y derechos de los usuarios y los servicios disponibles como canales de asignación de citas, canales de participación ciudadana, horarios de atención (Presencial en salas de espera de la institución, medios radiales, videos informativos)	H	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Listado de asistencias, videos, evidencias fotograficas, link de publicacion en redes sociales de la institucion o página web	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
36	Desarrollar programas de responsabilidad social que beneficien a la comunidad y fortalezcan la imagen institucional del hospital, en conjunto de la Asociación de Usuarios.	H	Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Listado de asistencias, registro fotografico, videos, link de publicacion en redes sociales de la institucion o página web	PROGRAMADO	EJECUTADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%		
37	Desarrollar campañas de promoción de la plataforma dinamica de pacientes para el acceso digital a su historial medico y respectivo descargue de resultados, ordenes medicas e historias clinicas.	H	Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Listado de asistencias, registro fotografico, videos, link de publicacion en redes sociales de la institucion o página web	PROGRAMADO	EJECUTADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%		
38	Actualización de carnetización para la identificación de usuarios acompañantes y visitantes de pacientes que se encuentren en los servicios de Hospitalización	H	Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Retomar y hacer seguimiento a la propuesta planteada con imagen corporativa para la respectiva ejecución	PROGRAMADO	EJECUTADO			1	0%	1	0%	1	0%																				3	0%	100%			
39	Participación en reuniones y mesas de trabajo institucionales	H	Sistema integrado de gestion	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Actas de reunión y registro fotografico, registro de actividades.	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
40	Seguimiento a registro de entrega de resultados de exámenes de patología, laboratorio especializado, imágenes diagnosticas realizados en ventanilla de atención al usuario.	H	Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Formato SIC-01-F Control y Seguimiento de Entrega de Resultados de Ayudas Diagnósticas y Juntas Médicas	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
41	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, analisis de contexto, gestion del riesgo, Etc).	VIA	Sistema integrado de gestion	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos. Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO	EJECUTADO					1	0%							1	0%											1	0%	4	0%	100%				
42	Apoyo a actividades de los programas de Seguridad al paciente, Humanización, subprocesos de gestión de la calidad.	H	Sistema integrado de Gestión de la Calidad	Diana Carolina Zapata Lider SIAU	Registro fotografico, asistencias, actas	PROGRAMADO	EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025





Evolucionamos pensando en usted

303.22.01	11	seguimiento a cohorte y registro diarios (SV)	H	de gestión	Zurisadai Correia	Evidencia cargue exitoso, plataforma proceox	EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	100%	
	12	Controlar de productividad mensual de los vacunadores de esquema regular (SV)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR PAI Zurisadai Correia	Informe de producción mensual esquema permanente y covid-19	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	12	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	13	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 gestión	COORDINADOR PAI Zurisadai Correia	Plan de acción	PROGRAMADO	1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	1	0%	1	7	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	14	Participar del COVE, Comites institucionales, Mesas de Coordinacion departamental y municipal (RIAS)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria COORDINADOR PYMS COORDINADOR PAI Zurisadai Correia	Actas de asistencia: Comité historias clínicas Comité de seguridad del paciente Comité vigilancia epidemiologica Comité de etica	PROGRAMADO	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	48	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	15	Reporte de informacion resolucion 202/2021, modificadorio de la Rs 4505 a EPS, reporte de usuarios sin afiliacion según 202, así como el cargue en las diferentes plataformas (proceox (Sanitas- Nueva eps) y sam) (RIAS)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP SISTEMA DE INFORMACIÓN (Marisol Cepeda)	Soporte de Cargue Exitoso de las plataformas (Nueva EPS, Coosalud EPS y Sanitas)	PROGRAMADO	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	0%	5	60	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	16	Reportar del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (sivan) al enter territorial (RIAS)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP SISTEMA DE INFORMACIÓN (Marisol Cepeda)	Registro del SISVAN	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	1%	1	12	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	17	Revisar y ajustar de RIPS (diagnosticos, finalidad, cumplimiento bajo resolución 3280 CUPS) para posterior cargue en la plataforma proceox, para medición de coberturas.(RIAS) NUEVA EPS	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP SISTEMA DE INFORMACIÓN (Ing Oscar Cañas)	Archivo cargado en Proceox, pantallazo cargue exitoso	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	12	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	18	Realizar seguimiento a estimaciones de las EPS contratadas (RIAS) NUEVA EPS - COOSALUD C - S	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Archivo de seguimiento en excel	PROGRAMADO	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	0%	2	24	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	19	Reportar Informe de adicionales Nueva eps, así como consolidación y envío de informe nominal a EPS (RIAS) NUEVA EPS - SANITAS - COOSALUD	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP SISTEMA DE INFORMACIÓN (Kleiber Medina)	Archivo en excel y pantallazo correo	PROGRAMADO	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	0%	3	36	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	20	Realizar seguimiento a cohorte del paciente crónico, gestantes contratadas de las EPS para su posterior reporte a las EPS (RIAS) NUEVA EPS- COOSALUD- SANITAS - ALCALDIA	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP SISTEMA DE INFORMACIÓN (Katherine Robles)	Archivo en excel (seguimiento a cohorte) y pantallazo de los precursores	PROGRAMADO	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	0%	4	48	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	21	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, talento humano, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria COORDINADOR PYMS	Proyeccion de necesidades, Oficios y correos	PROGRAMADO					1	0%					1	0%					1	3	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	22	Realizar informe de producción trimestral de la Unidad de Atención primaria y notificar a la alta gerencia (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Informe de Producción	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						1	4	0%	100%	
						Soporte correos	EJECUTADO																	0	0%		
	23	Realizar socialización del cumplimiento de metas a los equipo de trabajo, de acuerdo a las rutas establecidas en resolución 3280 (RIAS)	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria COORDINADOR PYMS	Listado de soalización	PROGRAMADO		1	0%		1	0%			1	0%			1	0%		1	6	0%	100%	
							EJECUTADO																	0	0%		
	24	Convocar y dirigir la mesa de trabajo mensual , para dar a conocer avance de cumplimiento de metas y generar planes de mejora si aplica, con referentes de programa y sistema de información primer nivel. (RIAS)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Actas de Reunión	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	12	0%	100%
							EJECUTADO																	0	0%		
	25	Realizar reuniones entre profesionales nivel primario y complementario de la ESE para establecer acciones de mejora ante la ejecución integral de la GRS con los especialistas que deriva la ruta (Pediatría - Ginecología - Medicina Interna)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria COORDINADOR PYMS	Acta de reunión	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						1	4	0%	100%	
							EJECUTADO																	0	0%		
	26	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorias Internas, externas,	V/A	Sistema integrado	COORDINADOR UNAP	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						1	4	0%	100%	



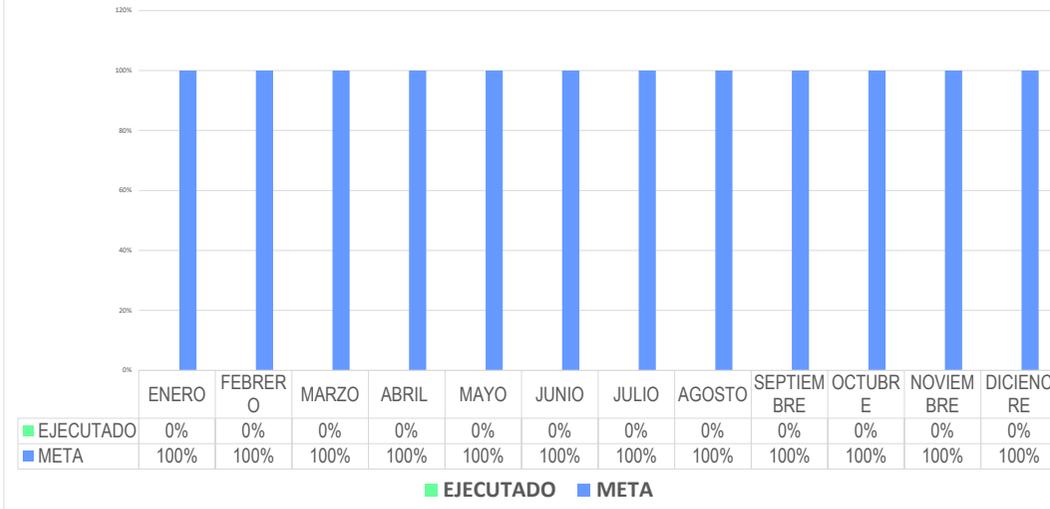
PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

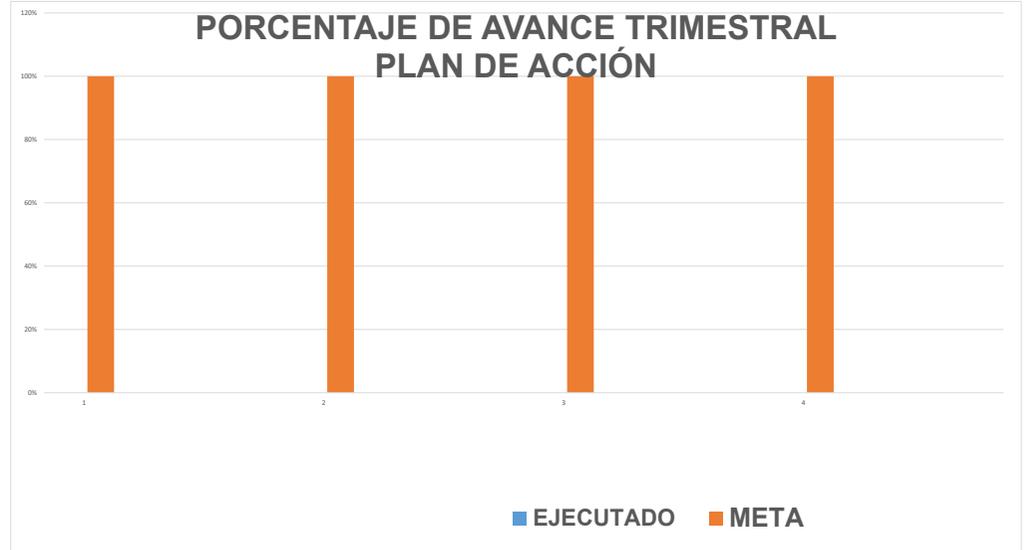
303.22.01	visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, análisis de contexto, gestión del riesgo, Etc. (RIAS-SV, STSCU)	H	de gestión	Elizabeth Soto Tegria	Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	EJECUTADO													100%								
27	Realizar solicitud de cronograma de mantenimiento anual a puestos de salud (RIAS)	H	Estandar de dotación y plan anual de compras	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Oficio de solicitud	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%				
						EJECUTADO															0						
28	Realizar solicitud y seguimiento de reactivación de ruta en la entrega de insumos en vehículo institucional a cada puesto de salud	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Oficio de solicitud y seguimiento a través de plan de seguridad vial, salud laboral.	PROGRAMADO	1	0%					1	0%								1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO															0						
29	Seguimiento a hoja de vida de planta eléctrica para el respaldo de plan de contingencia para pérdida de electricidad, con los requisitos establecidos para su conformación según MSPS y actualizaciones a las que diere lugar (SV)	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR PAI Zurisdadai Correia	Hoja de Vida (Formato hoja de vida MSPS, Registro encendido, registro de mantenimiento preventivo y correctivo, actualización del flujograma de pérdida de energía). Revisada por el coordinador de la UNAP (Visto Bueno)	PROGRAMADO			1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	6	0%	100%		
						EJECUTADO															0						
30	Realizar verificación y seguimiento de los insumos que se usan en las moviles extramurales y puestos de salud a través de formato establecido (Control de vehiculos) - (RIAS) Unidades Móviles	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Formato de verificación (Movil urbana - Movil Rural - Puesto Pto Nariño - Puesto Pto Lleras - Puesto Pto Contreras - Puesto Calaftas II - Puesto Caño Seco - Puesto San Joaquin - Puesto Alto Pajulla)	PROGRAMADO			10	0%				10	0%							10	0%	30	0%	100%	
						EJECUTADO															0						
31	Seguimiento al cumplimiento de los indicadores del consultorio Rosa de la institución	H	Sistema integrado de gestión	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria	Acta de reunión con enfermera líder del consultorio.	PROGRAMADO				1	0%			1	0%			1	0%			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO															0						
32	Formacion Continua: Cumplimiento del cronograma de capacitaciones anual establecido por la coordinación de la UNAP a los profesionales del area	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	COORDINADOR UNAP Elizabeth Soto Tegria COORDINADOR PAI Zurisdadai Correia	Listado de asistencia	PROGRAMADO			1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	10	0%	100%
						EJECUTADO															0						

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN





PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	CONSULTA EXTERNA	
SUBPROCESO:	CONSULTA GENERAL (MEDICA GENERAL, ODONTOLOGIA GENERAL Y RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA, NUTRICIÓN, PSICOLOGÍA, OPTOMETRIA) Y ESPECIALIZADA Y SUBESPECIALIZADA (intramural, extramural, telemedicina)	
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	LIDER DEL PROCESO	
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA: 2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION CONSULTA EXTERNA 2025	
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	"Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitoreando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.	

PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL				% total de avance
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	
0%	0%	0%	0%	0%

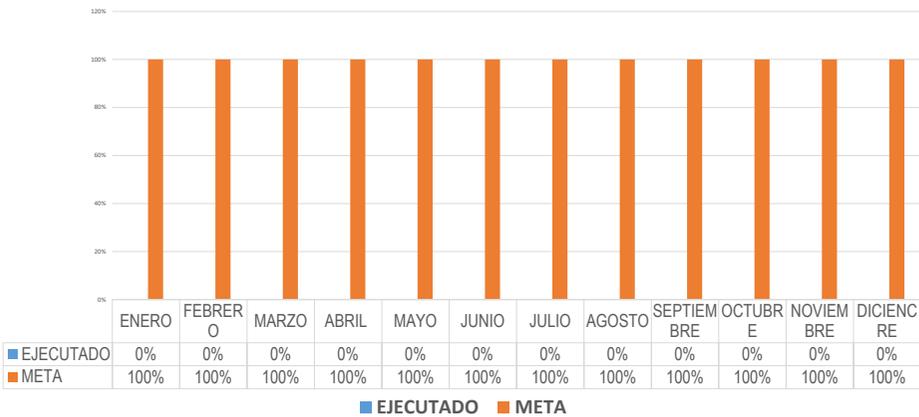
CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE								
N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	AVANCE	META
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	AVANCE	META	
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
001	Realizar plan de acción para la vigencia 2025.	H	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Plan de acción aprobado en el comité de gestión y desempeño	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%
002	Formular ficha de indicadores de producción en los servicios	P	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Lista de Indicadores aprobados	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0	0%										1 0	0%	100%
003	Medición de indicadores de producción en los servicios	H	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Informe ejecutivo con la medición de los indicadores, que incluyan las recomendaciones y sugerencias en caso que apliquen	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%
004	Realizar autoevaluación en el servicio con base en la normativa de habilitación, resolución 3100	P	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Formular test de autoevaluación de atención especializada consulta externa. Informe de autoevaluación realizada por el líder del servicio	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0										1 0	2 0	0%	100%
005	Realizar plan de mejora y seguimiento cada tres meses de resultado de la autoevaluación de habilitación.	P	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Plan de mejora diligenciado	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0											1 0	0%	100%
006	Realizar seguimiento al inventario mensual del servicio	H	Formato de control de inventario.	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	listados de control de inventario	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%
007	Realizar supervisión de las condiciones ambientales para la conservación de dispositivos, insumos y medicamentos en las zonas de almacenamiento.	H	Programa de farmacovigilancia	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Diligenciamiento diario de control de temperatura y humedad	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%
008	Realizar caracterización del servicio de consulta externa	H	Programa de gestión documental	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Informe Caracterización aprobada del servicio de consulta externa	PROGRAMADO EJECUTADO												1 0	1 0	0%	100%
009	Realizar mapa de riesgos del servicio.	H	Sistema de administración de riesgos	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Informe de mapa de riesgos.	PROGRAMADO EJECUTADO						1 0							1 0	0%	100%
010	Participar en la formulación de las actividades PAMEC 2025	P	Sistema de mejoramiento de la calidad	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Acta de reunión para la planificación de las actividades PAMEC donde se evidencien la participación del líder	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0												1 0	0%	100%
011	Solicitud de insumos; recepción, entrega y salida de insumos para el servicio	H	Plan anual de compras	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Formatos de control de entrega de insumos	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%
012	Recibir auditoría interna de habilitación	A	Plan de auditorías	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Acta de cierre de auditoría	PROGRAMADO EJECUTADO							1 0						1 0	0%	100%
013	Realizar plan de mejora y seguimiento de la auditoría interna	P	Programa de mejoramiento de la calidad	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Plan de mejora diligenciado	PROGRAMADO EJECUTADO							1 0						1 0	0%	100%
014	Realizar supervisión a la disponibilidad de agendas entregada por ATRYS	H	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	informe de seguimiento ATRYS / impresión de la agenda	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0%	100%
015	Participar en la actualización de la capacidad instalada en el servicio	P	Programa de mejoramiento de la calidad	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Ruta de atención capacidad instalada (días mas servicios gastro / urología)	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0										1 0	0%	100%
016	Documentar el modelo y ciclo de atención del servicio de telemedicina	P	Sistema integrado de gestión	Lider de consulta externa Frencelina Mejía	Documentar Procedimiento ciclo de atención en telemedicina.	PROGRAMADO EJECUTADO							1 0						1 0	0%	100%

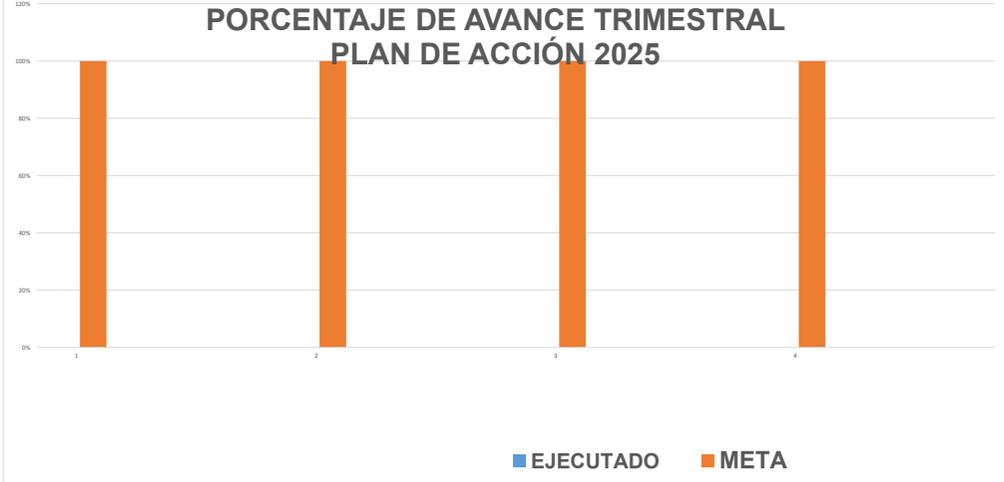
017	Actualizar, consentimientos y disentimientos informados	A	Sistema integrad de gestion	Lider de consulta externa Frencelina Mejia	Listado maestro actualizado	PROGRAMADO																	1	0%																		1	0%	100%	
						EJECUTADO																																			0	0%	100%		
018	Verificar con el área de almacén la lista de los activos del servicio de consulta externa	p	Sistema integrad de gestion	Lider de consulta externa Frencelina Mejia	Informe actualizado de activos fijos del área de consulta externa	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																		0	0%	100%			
019	Formular plan de capacitaciones del servicio para la vigencia 2025	p	Sistema integrad de gestion	Lider de consulta externa Frencelina Mejia	Cronograma de capacitaciones y fechas a cumplir	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																	0	0%	100%				
020	Reporte "Soy Generacion mas sonriente"	p	Sistema integrad de gestion	Lider de consulta externa Frencelina Mejia	Informe semestral enviado	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																	4	0%	100%				
021	Realizar la actualización documental del servicio	p	Sistema integrad de gestion	Lider de consulta externa Frencelina Mejia	Documentos del servicio actualizado	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																	0	0%	100%				
022	Elaboración del plan de acción vigencia 2024 del subproceso Consulta complementaria incluyendo los servicios: Psicología	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Referente/ Psicología	Plan de acción	PROGRAMADO	1	0%																															1	0%	100%				
						EJECUTADO																																	0	0%	100%				
023	Definición de indicadores del subproceso para cada servicio Psicología, determinar fuente de dato	p	Sistema integrad de gestion	Referente/ Psicología	Indicadores: gestión de respuesta oportuna PQRs/ Total PQRs del servicio. Oportunidad atención consulta inicial Psicología. Oportunidad atención en consulta Psicoterapia/ Total de consulta psicoterapias solicitadas. Pacientes con tratamiento psicoterapia liquidadas/	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																		0	0%	100%			
024	Seguimiento y planes de mejora para Interconsulta de Psicología	VIA	SOGCS	Referente/ Psicología	Actas de reunión del talento humano de psicología	PROGRAMADO																		1	0%															2	0%	100%			
						EJECUTADO																																	0	0%	100%				
025	Definir actividades de formación continua de servicio Psicología y seguimiento a la implementación	PIH	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Referente/ Psicología	Realizar cronograma de capacitaciones (Definir meta de cobertura y realizar evaluaciones), asistencias, fotos, evaluaciones	PROGRAMADO																		1	0%															1	0%	100%			
						EJECUTADO																																	0	0%	100%				
026	Actualización documental del subproceso de psicología	H	Plan del SIG	Referente/ Psicología	Actualización de documentación (guías de practica clinica en psicología: depresion, ansiedad, violencia sexual, suicidio, consumo de spa, maltrato intrafamiliar.	PROGRAMADO																		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	6	0%	100%	
						EJECUTADO																																		0	0%	100%			
027	Gestión de las necesidades de consulta externa - psicología (materiales, insumos, mantenimientos, etc).	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Referente/ Psicología	Requisiciones / orden	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%		
						EJECUTADO																																					0	0%	100%
028	Auditoria interna del servicio Psicología	H	SUH- SIG	Referente/ Psicología	Informe de resultados y analisis de autoevaluacion	PROGRAMADO																		1	0%															2	0%	100%			
						EJECUTADO																																			0	0%	100%		
029	Actividades de Informacion - Educacion y Comunicación a los usuario en temas de salud mental	HV	SOGCS	Referente/ Psicología	Planillas de asistencia - registro fotografico / Temas: rutas de atencion - violencia sexual - suicidio- depresion- consumo de spa	PROGRAMADO																		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	8	0%	100%	
						EJECUTADO																																			0	0%	100%		
030	Archivo de consentimientos informados	HV	SOGCS	Referente/ Psicología	Soportes de entrega estadística e historia clinica	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%				
						EJECUTADO																																				0	0%	100%	

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025



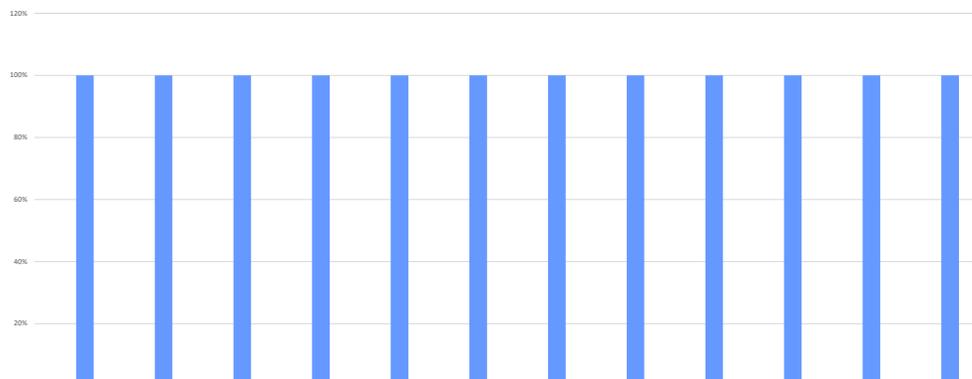
PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

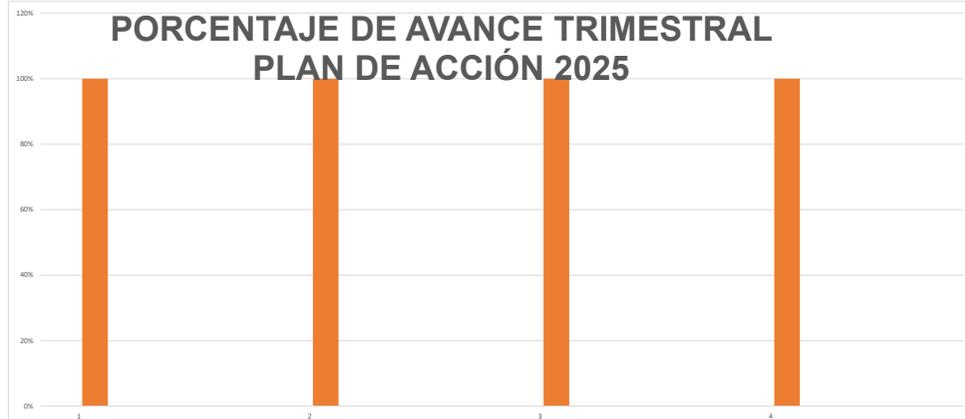
ID	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	CATEGORÍA	INDICADOR	UNIDAD	OBJETIVO	EVIDENCIA	PERIODO												TOTAL	% AVANCE	
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
11	Actualizar mapa de riesgo de los servicios de medicina interna, internación adulto y UCI	H	SIG	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Mapa de riesgos actualizado de los servicios de medicina interna, quirúrgicos y UCI	EJECUTADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Participar en la actualización del protocolo de aislamiento del paciente en los servicios de internación adulto, medicina interna y UCI,	H	SIG / IAAS	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Actas de asistencia donde se evidencie la socialización del protocolo de aislamiento en los servicios	EJECUTADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Participar en la socialización del protocolo de aislamiento del paciente en los servicios de internación adulto, medicina interna y UCI,	H	SIG / IAAS	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Actas de asistencia donde se evidencie la socialización del protocolo de aislamiento en los servicios	EJECUTADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Realizar seguimiento a la adherencia del protocolo de aislamiento del paciente en el servicio de internación adulto, medicina interna y UCI	H	SIG / IAAS	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Actas de asistencia donde se evidencie la socialización del protocolo de aislamiento en los servicios	EJECUTADO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Apoyar en las actividades de auditoría concurrente en la prestación de salud, mediante la identificación y notificación de eventos que induzcan al uso irracional de servicio o tecnologías o causal de glosas	H	CUENTAS MEDICAS	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Notificación de los eventos que induzcan al uso irracional	EJECUTADO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
16	Apoyar en la evaluación de adherencia en SITU a los programas institucionales de Humanización, seguridad del paciente, estartegia multimodal de lavados de manos, control de infecciones, PROA, seguridad y salud en el trabajo y gestión ambiental	H	SIG / PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE/IAAS	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Actas de asistencia donde se evidencie la participación de la líder en los programas institucionales	EJECUTADO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
17	Promover la participación del paciente involucrando a la familia en el proceso de decisiones y en la planificación de alta hospitalaria	H	HUMANIZACIÓN/ SIG	Internación- cuidado crítico / Lider integral Jf Aracely	Actas de capacitación a los usuarios en la participación de su familia en procesos de decisiones en su estancia	EJECUTADO	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0%	100%
							PROGRAMADO	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025



PLAN DE ACCIÓN

PROCESO	Internación		
SUBPROCESO:	Unidad Funcional Materno Perinatal (Sala de partos, Obstetricia, Neonatos, Pediatría)		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	Angélica Rivera Rocha		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	31/12/2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	Plan de acción Vigencia 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.		

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

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						
							0%	0%	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 2025	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Plan de acción - Acta de aprobación	PROGRAMADO EJECUTADO	1	0%													1	0%	100%			
002	Identificación de riesgos y oportunidades de la unidad funcional materno perinatal	P	Normograma institucional	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Correo electrónico a Defensa Jurídica: juridicohospitaldelsarare@gmail.com/calidad:calidadhs2018@gmail.com	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%													1	0%	100%		
003	Gestionar los mantenimientos preventivos de la unidad funcional	V	Sistema integrado de gestión	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Proyección de necesidades Oficinas y correos	PROGRAMADO EJECUTADO			1	0%		1	0%		1	0%				1	0%	4	0%	100%		
004	Formación Continua: Reeducación del personal a (rutas, protocolos, manuales, procedimientos, planes, formatos y demas), así como su ubicación en el sistema según cronograma de trabajo	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Listado de asistencia	PROGRAMADO EJECUTADO			1	0%		1	0%		1	0%				1	0%	4	0%	100%		
006	Realizar seguimiento al cierre de los planes de mejoramiento derivadas de los hallazgos y no conformidades (Auditorías Internas, externas, visitas técnicas, gestión del cambio, informes de gestión, indicadores, analisis de contexto, gestion del riesgo, Etc),(RIAS-SV, STSCU)	VIA	Sistema integrado de gestión	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consecutivo de la acción	PROGRAMADO EJECUTADO						1	0%							1	0%	2	0%	80%		
007	Desarrollar acciones de seguimiento y verificación en la administración de medicamentos	H	Programa de farmacovigilancia	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Formato, acta o lista de verificación	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%		1	0%	1	0%	6	0%	100%	
008	Implementar acciones de humanización del servicio de acuerdo a los eventos presentados según ley 2310 en conjunto con el proceso humanización de acuerdo a cronograma establecido	H	Programa de humanización en los servicios	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Listado de asistencia según cronograma	PROGRAMADO EJECUTADO						1	0%							1	0%	2	0%	100%		
009	Gestionar de forma integral la realización del curso psicoproflactivo a todas las gestantes propias de la institución desde el nivel primario de atención.	H	Plan anual de capacitaciones	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Oficios de solicitud, actas de reunion	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%													1	0%	100%		
010	Desarrollar mesa de trabajo para la interdependencia de las especialidades (Pediatría y Ginecología) durante la atención al binomi madre - hijo.	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Actas de reunion y socialización	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%		1	0%		1	0%			1	0%			4	0%	100%		
011	Revisión y actualización de los consentimientos informados de las áreas de acuerdo a la normatividad vigente, realizando registro en el maestro documental	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Actualización de documentos	PROGRAMADO EJECUTADO			1	0%												1	0%	80%		
012	Capacitación de guías de manejo y protocolo de la unidad funcional según cronograma	H	Plan anual de capacitaciones	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Listado de asistencia según cronograma	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%		1	0%		1	0%	5	0%	100%		
013	Realizar autoevaluación del cumplimiento de los mínimos establecidos para habilitación según resolución 3100 de 2019	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Formato, acta o lista de chequeo de autoevaluación	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%													1	0%	100%		
014	Realizar plan de mejoramiento con base en la autoevaluación de habilitación	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Plan de mejoramiento institucional	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%													1	0%	100%		
015	Recibir visita de auditoría interna para la verificación de los estándares de habilitación	H	Plan anual de auditoría interna	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Acta de visita	PROGRAMADO EJECUTADO						1	0%									1	0%	100%		
016	Realizar plan de mejoramiento con base en los hallazgos identificados en la auditoría interna de la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Plan de mejoramiento institucional	PROGRAMADO EJECUTADO						1	0%									1	0%	100%		
017	Realizar pedido de insumos para los servicios	H	Plan anual de compras	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Soporte de pedido	PROGRAMADO EJECUTADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%	
018	Proyectar indicadores de oportunidad y producción en los servicios maternoperinatales	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Matriz de indicadores	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%														1	0%	100%	
019	Medir indicadores de oportunidad y producción en los servicios maternoperinatales	H	Programa de mejoramiento de la calidad	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL Angélica Rivera Rocha	Matriz de indicadores	PROGRAMADO EJECUTADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
020	Realizar identificación de riesgos en los servicios materno perinatales	H	sistema de administración y gestión	LIDER INTEGRAL MATERNO PERINATAL	Formato de verificación, listado	PROGRAMADO			1	0%												1	0%	100%		



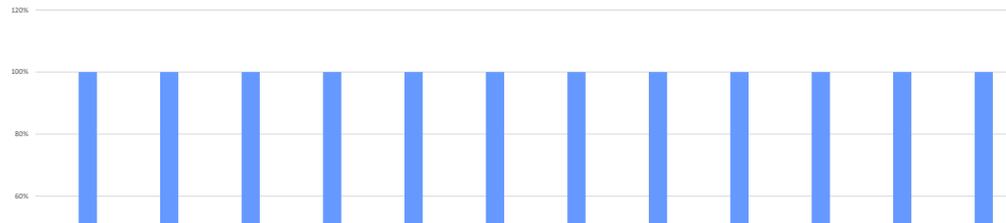
PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01	INDICADORES	RESPONSABLE	CATEGORIA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ESTADO	MÉTRICAS												TOTAL	PROG.							
11	Formular planes de mejora a los sesgos identificados en los indicadores de los servicios de urgencias y referencia	V	SIG	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Plan de Mejora	EJECUTADO																0	10	0%	100%		
						PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%				1	0%
12	Participar en la actualización de protocolo transversal de traslado seguro de paciente en los servicios urgencias y referencia	H	SIG / PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Actas de asistencia donde se evidencie la participación de la líder en la actualización del traslado del paciente	PROGRAMADO	1	0%															1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
13	Participar en la socialización del protocolo de traslado seguro de paciente en los servicios urgencias y referencia	H	SIG / PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Actas de asistencia donde se evidencie la participación de la líder en la socialización del traslado del paciente.	PROGRAMADO			1	0%					1	0%							2	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
14	Realizar seguimiento a la adherencia del traslado seguro de paciente en los servicios urgencias y referencia	V	SIG / PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Lista de chequeo	PROGRAMADO					1	0%		1	0%		1	0%		1	0%		4	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
15	Actualizar mapa de riesgo de los servicios de urgencias y referencia	H	SIG	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Mapa de riesgo	PROGRAMADO							1	0%									1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
16	Participar en la actualización del protocolo de aislamiento del paciente en los servicios urgencias	H	SIG / IAAS	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Protocolo, lista de asistencia , según cronograma	PROGRAMADO	1	0%															1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
17	Participar en la socialización del protocolo de aislamiento del paciente en los servicios urgencias y referencia	H	SIG / IAAS	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	lista de chequeo, según cronograma	PROGRAMADO			1	0%													1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
18	Realizar seguimiento a la adherencia del protocolo de aislamiento del paciente en el servicio de urgencias y referencia.	H	SIG / PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Lista de chequeo e informe. Según cronograma	PROGRAMADO					1	0%											1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
19	Detección, identificación y notificación de eventos que induzca al uso irracional de servicios o tecnologías, o causal de glosas en el servicio de urgencias y referencia	V	AUDITORIA / CUENTAS MEDICAS	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Informe	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	11	0	0%	100%
						EJECUTADO																					
20	Inspección de las ambulancias, evaluar desinfección, inventario, aseo, orden, equipos y herramientas.	H	SIG	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Lista de chequeo / Informe	PROGRAMADO			1	0%				1	0%				1	0%			3	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					
21	Establecer las rutas de atención en el servicio de referencia	H	SIG	Urgencias y procedimientos - Líder integral Jf Paola	Rutas	PROGRAMADO							1	0%									1	0	0%	100%	
						EJECUTADO																					

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GRUPO QUIRURGICO		
SUBPROCESO:	SERVICIO CIRUGIA- SERVICIO ESTERILIZACIÓN		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	ANYERLY KARINA CONTRERAS CARREÑO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2024
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN GRUPO QUIRURGICO 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	"Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitoreando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.		

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

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
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD-CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	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	Elaboración del plan de acción vigencia 2025	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Anyerly Karina Contreras Carreño	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0% 100%
002	Elaboración de estudios previos de insumos o servicios de interdependencia	P	Sistema integrado de gestión	Anyerly Karina Contreras Carreño	Estudios previos entregados a Gestión jurídica	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%		1 0				1 0				1 0	4 0	0% 100%
003	Definición de indicadores del subproceso servicio de Cirugía	P	Sistema integrado de gestión	Anyerly Karina Contreras Carreño	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 EJECUTADO	1 0	0%				1 0						1 0	3 0	0% 100%
004	Solicitud y elaboración de cuadros de programación de cirugías mensual	P	Prevision del recurso humano	Anyerly Karina Contreras Carreño	Cuadro de programación de cirugías	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0% 100%
005	Gestión de las necesidades del servicio (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotacion y plan anual de compras	Anyerly Karina Contreras Carreño	Se realiza cada mes o cuando sea requerida en el servicio de quirófano	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0% 100%
006	Capacitación de guías de manejo y protocolo del subproceso servicio de Cirugía	H	Programa de formación continua y comunicaciones del SIG	Gerson Martinez	No personal capacitado/ No personal proyectado x 100 Informe de capacitación	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0				1 0				1 0				3 0	0% 100%
007	Evaluar cumplimiento del procedimiento de admisión y preparación del paciente programado en el servicio de cirugía	H	PAMEC	Anyerly Karina Contreras Carreño	Evaluaciones, informe incluyendo análisis.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0				1 0						1 0	3 0	0% 100%
008	Verificación, seguimiento y solicitud a soportes de cursos requeridos en condiciones mínimas de Habilitación estandar de Talento humano según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	Comunicaciones a Subdirección de talento humano y a personal del servicio	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0			1 0		1 0			1 0				4 0	0% 100%
009	Gestionar ante mantenimiento de la infraestructura hospitalaria mantenimiento correctivo mal estado de paredes, techo, pisos, servicio sanitario, mobiliario para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100.	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	ordenes de servicio a través del link de mantenimiento	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0					1 0						1 0	3 0	0% 100%
010	Gestión para condiciones de limpieza y orden del servicio con el fin de garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karina Contreras Carreño	Formato de listado de chequeo de verificación y seguimiento a condiciones de orden y limpieza del servicio siguiendo el cuadro de limpieza y desinfección diario.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0	12 0	0% 100%
011	Seguimiento a hojas de vida de equipos biomédicos (calibración mantenimiento y adecuado uso) para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karina Contreras Carreño y Daniela Cruz	Inventario de equipos biomédicos del servicio, reporte de último mantenimiento y calibración, comunicaciones a biomédicos.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0			1 0			1 0			1 0		4 0	0% 100%



**HOSPITAL
DEL SARARE**
Empresa Social del Estado

CODIGO

DIR-01-F09

REVISIÓN No.

02

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

CODIGO	DESCRIPCION	MODALIDAD	LINEA	UNIDAD	DESCRIPCION	PROGRAMADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	EJECUTADO	%	PROGRESO		
012	Articular actividades con programa de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, Reactivo vigilancia, Gestión de seguridad del paciente, humanización, (Cirugía programada y salas corresponde Liana Peña, Transfer y recuperación	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karin accontreras Carreño	Registro de actividades desarrollada por los programas en el servicio de cirugía.	PROGRAMADO					1								1	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
013	Garantizar condiciones de almacenamiento y registro de medicamentos e insumos del servicio de cirugía (Sematización, seguimiento humedad, temperatura) Salas: Magda, Transfer y recuperación: Anyerly	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	Registro de temperatura y humedad de carro de paro, almacenamiento de medicamentos.	PROGRAMADO				1									1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
014	Seguimiento y apoyo a la supervisión de la ejecución del cuadro de turno.	H	Gestion clinica	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	Documentar el seguimiento al cuadro de turno cada 4 meses	PROGRAMADO	1											1	0%		4	0%	
						EJECUTADO															0	0%	
015	Atender auditoria interna Condiciones de Habilitación bajo resolución 3100.	H	SUH	Anyerly Karina Contreras Carreño	Informe de resultados y analisis de autoevaluación	PROGRAMADO	1												1	0%	3	0%	
						EJECUTADO															0	0%	
016	Líderes asisten a reuniones, capacitaciones, socializaciones convocadas para líderes de subprocesos	H	SUH	Anyerly Karina Contreras Carreño	Asistencia, actas, registro fotográfico, registro de actividades. Según cronogramas de reuniones	PROGRAMADO	1												1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
017	Informe/Reporte de Indicadores hospitalarios mensual	H	SOGCS	Anyerly Karina Contreras Carreño	Informe y reporte mensual, se envía al correo de gestión de la calidad.	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
018	Gestión y Seguimiento a resultados de informe de los reportes de indicios de atención insegura y/o eventos adversos asociados al subproceso/servicio	HV	Programa de seguridad del Paciente	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	participación en los analisis de causas y definición de Acciones correctivas cada mes Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO	1											1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO															0	0%	
019	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD.	HV	SIG	Anyerly Karina Contreras Carreño	participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO				1								1	0%	3	0%	100%	
						EJECUTADO															0	0%	
020	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, gestion del riesgo, Etc.)	VIA	Plan del SIG	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Ver procedimiento), actualizado en seguimientos Evidencias de cierre de las acciones según consetuivo de la acción	PROGRAMADO		1											1	0%	2	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
021	Socialización con el personal de enfermería sobre las novedades, políticas, protocolos, manuales, políticas y guías del servicio de cirugía.	H	SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL	Anyerly Karina Contreras Carreño y Magda Santafe	Acta de reunion	PROGRAMADO			1				1						1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
022	Verificación de adherencia a procedimientos, protocolos, guías de manejo clínico, etc. diligenciamiento de consentimiento informado, protocolo de lavado de manos, listas de chequeo pararasas quirurgicas, administración de líquidos.	VIA	Seguridad del paciente Plan del SIG	Magda Santafe y Anyerly Karina Contreras Carreño	Listas de chequeo diligenciadas, diligenciamiento de consentimiento informado, protocolo de lavado de manos, listas de chequeo pararasas quirurgicas, administración de líquidos Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO				1									1	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
023	Realizar seguimiento al plan de acción e informe de gestion y desempeño del subproceso	VIA	SIG	Anyerly Karina Contreras Carreño	Reporte de seguimiento, medición y control del plan de acción; mensual, consolidado trimestral Análisis de causas y definición de Planes de mejora	PROGRAMADO	1												1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
024	Supervisión, embalaje y envío de muestras de Patología.	H	SIG	Anyerly Karina Contreras Carreño y Liana Peña	Reporte de envío de muestras a laboratorio externo, formato de seguimiento a laboratorios externos.	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
025	Revisión y seguimiento a las causas de cancelación de cirugías atribuidas a la institución. Formular instrumento de seguimiento y control para cirugía programada que incluya el tiempo total de atención al paciente quirúrgico en sala de cirugía	VIA	RESOLUCION 0256	Anyerly Karina Contreras Carreño	Acta de reunion	PROGRAMADO	1												1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
026	Actualización del listado de dispositivos médicos de reuso.	H	RESOLUCION 3100 E IAAS	Liana Peña	Documento actualizado y aprobado	PROGRAMADO				1									1	0%	3	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
027	Seguimiento a los implantes ortopedicos. Supervisión, revisión, cargue de material de osteosintesis	VIA	RESOLUCION 1995 HISTORIAS CLINICAS	Anyerly Karina Contreras Carreño	Registro de implantes ortopedicos	PROGRAMADO	1		1		1		1		1		1		1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	
028	Realizar seguimiento y control para cirugía programada que incluya el tiempo total de atención al paciente quirúrgico en sala de cirugía.	P	SIG	Anyerly Karina Contreras Carreño	Registro de tiempo en sala por cada procedimiento	PROGRAMADO			1										1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO															0	0%	

MEDICIÓN Y MONITOREO



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	APOYO DIAGNÓSTICO		
SUBPROCESO:	SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO- SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	KEILA VEGA Y YENNY CONTRERAS		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2024		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.		

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

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			
							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 evaluación del desempeño institucional	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%		
						EJECUTADO													0				
002	Realizar seguimiento a la oportunidad de entrega de resultados	P	Sistema integrado de gestión	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Ficha de indicadores diligenciados con plan de mejora en caso que se presenten desviaciones	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0				
004	Verificar que todos los TOE del servicio cuenta con certificado en radioprotección en cumplimiento a la R482	H	RESOLUCION 482	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Radicado de oficio a Talento Humano de la relación de personal que labora en el servicio de radiología cuantos no tiene certificado de radioprotección vigente.	PROGRAMADO			1	0%											1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
005	Asegurar su distintivo de habilitación por cada uno de los servicios	H	SOGCS	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Solicitud a Imagen corporativa la impresión y ubicación del distintivo de habilitación en los servicios de TAC, Radiología, Mamografía, Ecografías.	PROGRAMADO			1	0%											1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
007	Elaboración de cuadros de turnos	P	Provisión del recurso humano	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Cuadro de turno proyectado	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0				
008	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios	H	Estandar de dotación y plan anual de compras	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Requisiones, soporte de solicitud de pedidos mensual	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0				
010	En el servicio donde se realice preparación de pacientes con medio de contraste, definir un área de preparación de pacientes-	H	SOGCS - SUH	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Áreas señalizadas dentro del consultorio	PROGRAMADO				1	0%										1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
013	Realizar seguimiento mensual al diligenciamiento correcto y completo del carro de paro del servicio de tomografía	H	SOGCS - SUH	SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Lista de chequeo de seguimiento a medicamentos en insumos debidamente diligenciada	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO													0				
014	Participar en la autoevaluación de los estándares de acreditación	H		SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Acta de reunión donde se evidencie la participación de la líder del proceso	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
015	Participación en la formulación de las actividades PAMEC 2025	H		SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Acta de reunión donde se evidencie la participación de la líder del proceso	PROGRAMADO	1	0%													1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
016	Participar en la caracterización del proceso	H		SERVICIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS / Lider Keila Vega	Mapa de procesos actualizado y aprobado	PROGRAMADO					1	0%									1	0%	100%
						EJECUTADO													0				
017	Participar en la planificación de riesgos del	H		SERVICIO IMÁGENES	Acta de reunión donde se evidencie la	PROGRAMADO					1	0%									1	0%	100%
						EJECUTADO													0				



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

Table with columns for ID (303.22.01), proceso, and various implementation metrics. It lists 15 tasks (021-037) such as 'Garantizar condiciones de almacenamiento y registro de medicamentos' and 'Elaboración del plan de acción vigencia 2025', each with a status (PROGRAMADO/EJECUTADO) and a progress bar.



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

TRD 303.22.01

PROCESO	COMPLEMENTACIÓN TERAPEÚTICA		
SUBPROCESO:	SERVICIO BANCO DE SANGRE GESTIÓN TRANSFUSIONAL - SERVICIO FARMACEUTICO- SERVICIO DE TERAPIAS		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	LÍDER DEL SERVICIO DE TERAPIAS/ LIDER FARMACIA/ LIDER BANCO DE SANGRE		
FECHA DE ELABORACIÓN	24/01/2025	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA VIGENCIA 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Promover la toma de conciencia en toda la institución, para brindar servicios de salud a través de procesos seguros, oportunos, efectivos y de calidad, monitorizando y analizando los indicadores de seguimiento a los riesgos, medición, análisis de los reportes de los eventos adversos, y verificando la implementación de barreras de seguridad, que prevengan la ocurrencia de los mismos.		

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						
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
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	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%
1	Establecer el plan de acción de la vigencia 2025	P	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%	100%	
2	Formular ficha de indicadores de producción en los servicios de terapias (consulta externa-hospitalización)	P	Sistema integrad de gestion	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Lista de Indicadores aprobados	PROGRAMADO		1	0%												100%	
						EJECUTADO															100%	
3	Realizar medición y seguimiento a los indicadores del Proceso definidos en: 1. Indicadores de gestión generales. 2. Indicadores Normativos: *Resolucion 0256 de 2016 *Resolución 408 de 2018.	V	SOGCS/SUH	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Informe Estadístico de Indicadores de Gestion del proceso	PROGRAMADO				1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	100%	
						EJECUTADO													4	0%	100%	
4	Formular el Cronograma de Formación Continua del Subproceso de Terapias - 2025	P	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Cronograma de Formación Continua	PROGRAMADO	1	0%											1	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%	100%	
5	Implementar y Realizar Seguimiento del Cronograma de Formación Continua del subproceso de Terapias	HV	Plan Institucional de Capacitación/PAMEC	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Registro de Cronograma de Formación Continua Registro de Asistencia a Capacitaciones	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	100%	
						EJECUTADO													12	0%	100%	
6	Formular los planes de mejora derivados de: 1. Auditorias Internas SUH 2. Auditorias Externas 3. Investigaciones de eventos adversos y Accidentes de trabajo. 4. Desviación de Indicadores de Gestión 5. PQRS 6. Evaluaciones de adherencias a protocolos, procedimientos. 7. Compromisos de comités asistenciales 8. Compromisos de reuniones de gestión. 9. Administración de riesgos.	HV	SIG	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Registro de Plan de mejoramiento y seguimiento institucional (Carpeta líderes Internación)	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%	100%	
7	Gestión y Seguimiento a la satisfacción del usuario informes de PQRSFD- articulando con el proceso de SIAU	HV	SIG	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	Soporte de participación de Analisis de causas y definición de Acciones correctivas Planes de mejoramiento diligenciado el seguimiento	PROGRAMADO		1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	11	0%	100%
						EJECUTADO															100%	
8	actualización de documentación del subproceso de consulta externa - atención intrahospitalaria de los servicios de terapia respiratoria- terapia fisica- terapia ocupacional- terapia de lenguaje	H	SOGCS/SUH	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villalba	guias, procedimientos, protocolos y formatos Documento actualizado y remitido a calidad	PROGRAMADO		1	0%		1	0%		1	0%		1	0%	5	0%	100%	
						EJECUTADO													0	0%	100%	



TRD 303.22.01

ID	Descripción de Actividad	Responsable	Categoría	Objetivo	Responsable de Ejecución	Descripción de Tareas	Jun 17	Jul 17	Ago 17	Sep 17	Oct 17	Nov 17	Dic 17	Ene 18	Feb 18	Mar 18	Abr 18	May 18	Jun 18	Jul 18	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Avance	% Cumplimiento	
9	Elaboracion de cuadros de turnos		P	Prevision del recurso humano	Servicio Terapias/ Lider Dra Viviana Villaba	Cuadro de turno proyectado mensual para cada uno de los servicios de terapias, cuadro ejecutado mensual por servicio, formatos horas extras, formato novedades cronograma de vacaciones	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%	
10	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 Viviana Villaba	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%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
11	Definición de indicadores del subproceso Banco de Sangre servicio de Gestión pre transfusional.		P	Sistema integrad de gestion	Arllyn Altamar	Analisis de indicadores banco de sangre y servicio transfusional.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
12	Desarrollar comité institucional de Transfusiones		H	Comité institucion de Transfusiones	Arllyn Altamar	Actas de reunión de comité mensual	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
13	Gestión de las necesidades (materiales, insumos, medicamentos, mantenimientos, servicios, etc) y requerimientos del subproceso/servicios		H	Estantandar de dotacion y plan anual de compras	Arllyn Altamar	Contrato conproveedores proveedores	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
14	Garantizar condiciones de almacenamiento y registro de medicamentos e insumos del servicio de referencia y contra referencia (Semaforización, seguimiento humedad, temperatura)		H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Arllyn Altamar	Formato de registro de Semaforización de ractivos e insumos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
15	Brindar Asistencia técnica a IPS que recibe hemocomponentes para su servicio transfusional (Arauca) en la cual se den las indicaciones de cadena de frío, almacenamiento y uso adecuado de la sangre y de los componentes sanguíneos. Soportes de envío de hemocomponentes		H	Gestión documental	Arllyn Altamar	Registro de asistencia a capacitación (Fisica o magnetica). Soportes de envío de hemocomponentes a otra institucion	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
16	Elaboracion cronograma de campañas extramural		P	Prevision del recurso humano	Arllyn Altamar	Cronograma de campañas extramural	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
17	Elaboracion cronograma de actas de incineracion		P	Prevision del recurso humano	Arllyn Altamar	Cronograma de actas de incineracion	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
18	Cargue de información al aplicativo SIHEVI del Instituto Nacional de Salud INS.		H	Estantandar de dotacion y plan anual de compras	Arllyn Altamar	Estadística Banco de angr y sercioico transfusional SIHEVI	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
19	Seguimiento de la articulación de actividades con programa de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, Reactivo vigilancia, Gestión de seguridad del paciente, humanización; -Reportes de eventos adversos/incidentes		VIA	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Arllyn Altamar	Registro de asistencia a socializaciones del programa de Seguridad del paciente y sus subprogramas (Si aplica)	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
	Gestionar ante mantenimiento de la infraestructura hospitalaria mantenimiento correctivo mal estado de paredes, techo, pisos, servicio sanitario, mobiliario para garantizar las condiciones mínimas de Habilitación estandar de Infraestructura según resolución 3100						EJECUTADO																		0			
20	Auditoria de los insumos de la movil y campañas extramurales		H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Arllyn Altamar	Comeo electrónico donde se evidencia el envio de la Solicitud de manerimiento correctivos del servicio o recibido.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
21	Auditoria de los insumos de la movil y campañas extramurales		H	Estantandar de dotacion y plan anual de compras	Arllyn Altamar	auditoria de la movil para campañas extramurales	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
22	Actualización y creación de documentos del subproceso Banco de Sangre servicio de Gestión pre transfusional. (Actualización en contenido y codificación).		H	Gestión documental	Arllyn Altamar	Actualizacion y creación de documentos del subproceso Banco de Sangre servicio de Gestión pre transfusional	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
23	Realizar auditoria interna Condiciones de Habilitación bajo resolución 3100. e INVIMA		H	SUH	Arllyn Altamar	Informe de resultados y analisis de auditorias	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
24	MEJORAMIENTO EN LA ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN PUNTO DE FARMACIA (ENTREGAS OPORTUNAS Y CON CALIDAD)		P	CTR-02-P05 PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Servicio Farmaceutico / Ref. Ricardo Celis	(ACTA DE REVISIÓN INTERNA DEL PROCEDIMIENTO CON EL GRUPO DE COLABORADORES DE FARMACIA PARA DEFINIR ESTRATEGIAS Y ESTIMAR NECESIDADES)	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
							EJECUTADO																		0			
25	MANEJO UNIDIRECCIONAL DE ENTREGAS Y DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS		H	CTR-04-P10 PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIONES	Servicio Farmaceutico / Ref.	DELIMITACIÓN DE ÁREAS Y SUPERFICIES EN FARMACIAS SATELITE PARA DIFERENCIAR LAS	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%

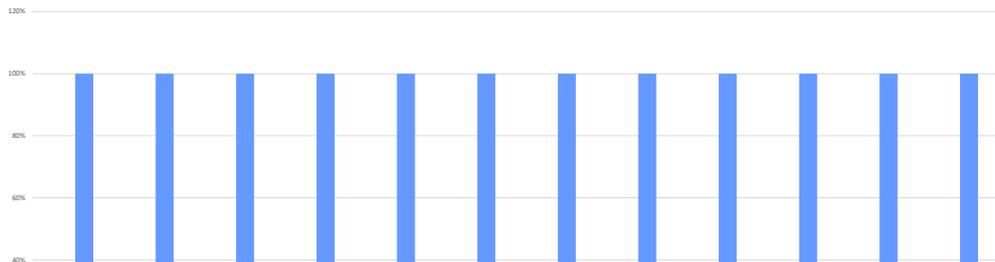


TRD 303.22.01

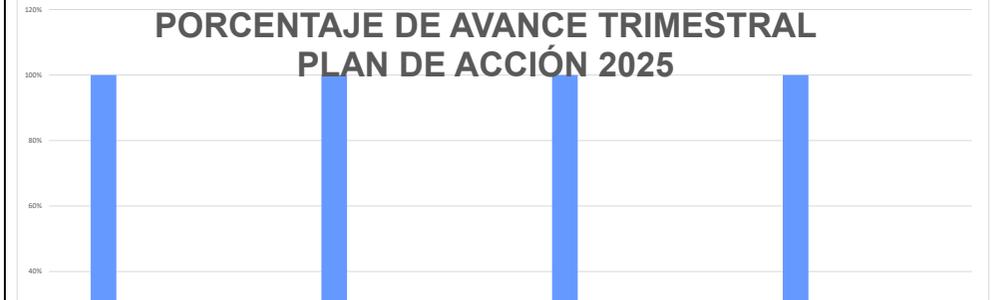
TRD	DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS EN PUNTOS DE FARMACIA	CATEGORÍA	TÍTULO DEL PROGRAMA	SERVICIO	REFERENCIA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	ESTADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	AVANCE	COMENTARIOS
26	VALIDACION DE IDONEIDAD DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA	H	CTR-02-M05 PROGRAMA MANUAL DE ASESORIA FARMACOLÓGICA	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	CUENTA MEDIBLE POR PERIODO DEL AHORRO DE MEDICAMENTOS NO ENTREGADOS POR PERTINENCIA CON EL FIN DE REDUCIR GLOSAS	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
27	OPTIMIZACION DEL STOCK DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ACORDE A LA ESTIMACIÓN DE MÁXIMOS, MÍNIMOS Y STOCKS DE SEGURIDAD	H	CTR-02-P01 PROCEDIMIENTO DE ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	REDUCCION EN LOS REPORTES DE NO DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS TANTO POR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA COMO TECNVOIGILANCIA	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
28	RETROALIMENTACIÓN Y CADENA DE INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL CON LAS ÁREAS ASISTENCIALES	V	CTR-02-M01 MANUAL DE FARMACOVIGILANCIA	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	REDUCCION EN LOS REPORTES DE NO DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS TANTO POR EL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA COMO TECNVOIGILANCIA	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
29	REDUCCIÓN DEL INDICADOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS VENCIDOS Y PRÓXIMOS A VENCER	A	TABLERO DE CONTROL DINÁMICA GERENCIAL	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	DISMINUCIÓN EN LA CANTIDAD DE INSUMOS MÉDICOS A DAR DE BAJA POR VENCIMIENTOS	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
30	DISEÑO DEL PROYECTO DE REEMPAQUE DE SÓLIDOS	P	CTR-02-P05 PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	PROYECTO PRESENTADO Y APROBADO POR ALTA DIRECCIÓN (OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y CALIDAD, GERENCIA, JUNTA DIRECTIVA, ETC)	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
31	PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO REEMPAQUE DE SÓLIDOS	H	CTR-02-P05 PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	PROYECTO INICIADO EN CUANTO A OBRA DE INFRAESTRUCTURA Y ADECUACIÓN DE ÁREAS DE PRODUCCIÓN Y CONTROL DE LA CALIDAD	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
32	CERTIFICACIÓN BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN INVIMA BPE	V	CTR-02-P05 PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	CUMPLIMIENTO DE AUTOEVALUACIÓN DE REQUERIMIENTOS NORMATIVOS SEGÚN LA CHECK LIST 044 Y CERTIFICACIÓN EN BUENAS PRÁCTICAS DE ELABORACIÓN POR PARTE DE INVIMA	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
33	DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS SÓLIDOS BAJO CUMPLIMIENTO DE LAS BPE	A	CTR-02-P05 PROCEDIMIENTO DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	DISTRIBUCIÓN BAJO REEMPAQUE DEL 100% DE LOS MEDICAMENTOS SÓLIDOS PARA VÍA ORAL	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											
34	PUESTA EN MARCHA DE LA FARMACOVIGILANCIA ACTIVA	H	CTR-02-M01 MANUAL DE FARMACOVIGILANCIA	Servicio Farmaceutico Ricardo Celis	/ Ref.	AUMENTO DE REPORTE DE SOSPECHA DE EVENTOS ADVERSOS Y REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	12 0	0% 100%											

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025





PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA		
SUBPROCESO:	GESTION DE LA CONTABILIDAD-GESTIÓN DEL PRESUPUESTO- GESTIÓN DE TESORERIA-GESTIÓN DE GASTO Y COSTOS- GESTION DE CARERA- FACTURACIÓN- CUENTAS MEDICAS AUDITORIA Y GESTION DE GLOSAS		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCION/TRABAJO:	KELLYGLAVIS, WILLIAM HIGUERA, DALIA SALCEDO, URIEL DURAN, PABLO MENDOZA, ORFILIA AGUILAR Y DAVID RESTREPO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN DE ACCIÓN GESTIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA VIGENCIA 2025		
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	
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------	--

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	DIEMBRE	AVANCE	META	
							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 evaluación del desempeño institucional	Juan Alexis Archila Manrique	Plan de acción Acta de aprobación	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0%	100%
002	Definición de indicadores del proceso de Gestión Financiera y Administrativa	P	Sistema integrado de gestion	Juan Alexis Archila Manrique	Manual único de indicadores (anexo1)	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%									5	6 0	0%	100%
003	Identificación de riesgos y oportunidades del proceso de Gestión Financiera y Administrativa	P	Gestión del riesgo	Juan Alexis Archila Manrique	Mapa de riesgos actualizado Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%											1 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	Juan Alexis Archila Manrique	Correo electrónico a Defensa Jurídica/calidad	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%						1	1	0%	0%		3 0	0%	100%
005	Definir actividades de formación continua del proceso de Gestión Financiera y Administrativa	H	Plan de Capacitación	Juan Alexis Archila Manrique	Lista de Asistencia y Evidencias Fotograficas	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
006	Cierre contable mensual (En sistema de información se realiza cierre), y formulación del trimestre e informes anual CHIP	VIA	Control interno contable	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Salidos y movimientos. Operaciones reciprocas, Variaciones (Contaduria General de la Nación CHIP) soportes son los certificados de cargue	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
007	Circular 16 Supersalud Formato F04 Cuentas por pagar	VIA	Control interno contable	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Informe formato F04 se presenta el 20 del siguiente mes terminado el trimestre.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%		1 0%			1 0%			1 0%			4 0	0%	100%
008	Informe cuenta Anual contraloria	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Anual: F001 Catalogo de cuentas con sus anexos: Estado de situación financiera, estado de resultados, estado de cambio en el patrimonio y las Notas	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%											1 0	0%	100%
009	Informe 2193 SIHO	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Anual y trimestral (Contabilidad: estado situación financiera, estado de resultados, pasivos, certificación de información firmada por el contador, balance de prueba) Analisis financiero para el proceso. La entrega anual es en marzo	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%	1 0%	1 0%			1 0%			1 0%			5 0	0%	100%
010	Informe anual CHIP y remisión a Supersalud	VIA	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Estado situación financiera comparativo, estado de resultados comparativo, estado de cambios del patrimonio comparativo, estado de flujo comparativo, Notas a los estados financieros comparativos, Certificación de información financiera. Entrega de información a revisor Fiscal para realizar Dictamen. En	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%		1 0%									2 0	0%	100%
011	EXOGENA	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Reporte Mayo 10 según calendario tributario	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%								1 0	0%	100%
012	Declaración de renta, rendición de cuentas	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Según catendario tributario	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%								1 0	0%	100%
013	Revisiones mensuales: presentación de impuestos y	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Impuestos: Declaración Retención Retención	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								



HOSPITAL DEL SARARE
Empresa Social del Estado

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CODIGO **DIR-01-F09**

REVISIÓN No. **02**

PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01	publicación de estados financieros	H	No aplica	Kelly Galvis Duarte	Impuestos, Retención, Retenida, Retención																												
						EJECUTADO																				0	0%	100%					
014	Ejercer secretaria del comité de Sostenibilidad contable	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Acta de comité	PROGRAMADO			1	0%				1	0%					1	0%					1	0%	4	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
015	Auditoría interna Control interno contable	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Informe de control interno contable y publicación web	PROGRAMADO	1	0%																		1	0%	1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
016	Atender auditoría externa de Contraloría	H	No aplica	Gestión de contabilidad/ Ref Dra Kelly Galvis Duarte	Informe de auditoría y plan de mejora.	PROGRAMADO					1	0%														1	0%	1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
017	Elaboración de Certificados de disponibilidad Presupuestal, Registros Presupuestales, Obligaciones y Ordenes de pago, de acuerdo a las solicitudes de los diferentes procesos y subprocesos	H	Sistema integrado de gestión	Gestión del presupuesto/ Ref Tec Willian Higuera	Certificados de Disponibilidad y Registros presupuestales, Obligaciones y Ordenes de Pago generados por Dinámica Gerencial.	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%						
018	Elaborar la ejecución presupuestal de ingresos de acuerdo a la información reportada por cartera y tesorería y la ejecución presupuestal de gastos de acuerdo al reporte generado de Dinámica Gerencial	H	Gestión documental	Gestión del presupuesto/ Ref Tec Willian Higuera	Ejecución presupuestal de ingresos y gastos actualizada	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%						
019	Elaborar el informe trimestral del decreto 2193	H	Sistema integrado de gestión	Gestión del presupuesto/ Ref Tec Willian Higuera	Reporte de cargue en la plataforma SIHO	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						1	0%			1	0%	4	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
020	Elaborar el informe de Categoría Única de Información del Presupuesto Ordinario CUIPO, diligenciarlo en la plataforma CHIP y enviarlo al Consolidador de Hacienda	H	Sistema integrado de gestión	Gestión del presupuesto/ Ref Tec Willian Higuera	Certificación de envío descargada del Consolidador de Hacienda	PROGRAMADO				1	0%				1	0%						1	0%			1	0%	4	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
021	Elaborar el informe anual de la contraloría	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Gestión del presupuesto/ Ref Tec Willian Higuera	Soporte de envío por email al proceso de Sistemas de información para el respectivo cargue	PROGRAMADO		1	0%																	1	0%	1	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						
022	Preparación de informes a entes de control y supervisión y para Subgerencia Administrativa	H	No aplica	Gestión de Tesorería / Ref Contador Dalia	Formatos	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%						
023	Asistencia y participación en los Comités de Conciliación y de Sostenibilidad contable	H	No aplica	Gestión de Tesorería / Ref Contador Dalia	Información requerida por cada Comité	PROGRAMADO	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	1	0%	12	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%						
024	Verificación de recaudos recibidos e informar a la subgerencia Administrativa	H	No aplica	Gestión de Tesorería / Ref Contador Dalia	Reporte de recaudos	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%	48	0%	100%
						EJECUTADO																				0	0%						
025	Seguimiento e implementación de planes de mejora en auditorías internas y de Contraloría	H	No aplica	Gestión de Tesorería / Ref Contador Dalia	Radicación de documentos, soportes	PROGRAMADO		1	0%						1	0%										1	0%	3	0%	100%			
						EJECUTADO																				0	0%						



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

026	Actualización de datos en Entidades Financieras, Aseguradoras, EPS, para asegurar los procesos de pagos y recaudos	H	No aplica	Gestión de Tesorería / Ref Contador Dalia	Certificaciones bancarias, formularios de actualización de datos	PROGRAMADO	1	0%												1	0%										1	0%	1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																												0	0%			
027	Identificación, recolección, asignación de datos para cada uno de los servicios	PHV	No aplica	Gestión del gasto y costos/ Ref Uriel Duran	Base de datos en Power bi o Excel	PROGRAMADO				1	0%				1	0%																1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																												0	0%			
028	Distribución de la recolección de datos de costos a cada uno de los procesos	VIA	No aplica	Gestión del gasto y costos/ Ref Uriel Duran	Base de datos en Power bi o Excel	PROGRAMADO				1	0%		1	0%		1	0%															1	0%	5	0%	100%		
						EJECUTADO																												0	0%			
029	Realizar mediciones de los colos de las areas mas representativas: medicina Interna, Cirugia e Imgenologia	VIA	No aplica	Gestión del gasto y costos/ Ref Uriel Duran	informes en base de datos	PROGRAMADO				1	0%		1	0%		1	0%															1	0%	5	0%	100%		
						EJECUTADO																												0	0%			
030	Fortalecer el Proceso de Gestión Financiera, Tendiente a Mantener y Sustener la Rentabilidad Económica de la ESE Hospital del sarare	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Acta de seguimiento y evaluación a la cartera vs la facturación de servicios prestados en la ESE.	PROGRAMADO				1	0%				1	0%																1	0%	4	0%	100%		
						EJECUTADO																												0	0%			
031	Hacer seguimiento y evaluación a la gestión de cartera.	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Oficios, Conciliación, Acuerdos de Pago, Cobros Prejurídicos y Conciliación Extrajudicial con la Super Intendencia y Procesos Ejecutivos.	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	0%			
032	Hacer seguimiento al recaudo de los ingresos de la operación corriente y no corriente.	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Certificaciones bancarias, formularios de actualización de datos, reportes generados desde la plataforma Dinamica	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	0%			
033	Efectuar acciones en pro de la disminución del porcentaje de Glosas y Devoluciones ante las diferentes EAPB.	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Capacitaciones a personal de facturación, talleres y conciliaciones ademas de liquidaciones de contrato.	PROGRAMADO	1	0%					1	0%																			1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																												0	0%			
034	Hacer seguimiento a la realización de las conciliaciones con las diferentes EAPB.	VIA	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Informe de seguimneto trimestral a las conciliacion a las mesas de conciliación según circular 030.	PROGRAMADO				1	0%				1	0%																	1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																												0	0%			
035	Asistir y participar en los Comités de Conciliación y de Sostenibilidad Financiera	H	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	Gestión de cartera/ Ref Dr Pablo Javier Mendoza Jaimes	Actas del comité de cartera, Actas del Comité de sostenibilidad financiera, reportes de cartera generados desde la plataforma dinámica	PROGRAMADO				1	0%				1	0%																	1	0%	4	0%	100%	
						EJECUTADO																												0	0%			
036	DOCUMENTAR LIQUIDACIÓN DE COPAGOS	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Documento aprobado y socializado	PROGRAMADO	1	0%							1	0%																1	0%	1	0%	4	0%	100%
						EJECUTADO																												0	0%			
037	Informe: 2193 SIHO	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Reporte SIHO	PROGRAMADO				1	0%				1	0%																1	0%	3	0%	100%		
						EJECUTADO																												0	0%			
038	Informe Plataforma Sanitas	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Reporte Sanitas	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	0%			
039	Validacion de facturación electronica	H	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Soporte de validacion en Dinamica	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	0%			
040	Entrega de recibo de cajas Diarias	HV	No aplica	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Soporte de entrega y libro firmado	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	0%			
041	Raditaciones de Mensual de factura de ventas de servicios	HV	Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en salud - Habilitación	Facturación/ Ref Orfilia Aguiar	Informe por cartera radicado entidad / Soporte de la entidad	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	0%			



PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN JURÍDICA		
SUBPROCESO:	DEFENSA JURÍDICA- CONTRATACIÓN		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	ALEXIS ARÉVALO QUINTERO		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCIÓN ANUAL VIGENCIA 2025		
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				
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	% TOTAL DE AVANCE
0%	0%	0%	0%	0%

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
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META	
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	Identificación de riesgos y oportunidades de mejora del sub proceso de Defensa Jurídica	P	Gestión del riesgo	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Mapa de riesgos actualizado (Mapa de Riesgo de Corrupción) Correo electrónico a planeación/calidad/control Interno	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
2	Definición y Contratación de Pólizas para el amparo del Hospital del Sarare para la vigencia 2025. Pólizas adquiridas	P	Gestión del Riesgo	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Pólizas adquiridas	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%					2 0	0%	100%
3	Realizar acciones que permitan fortalecer la política de defensa jurídica, como lo es la defensa de los procesos que se encuentran en curso contra la entidad.	P	Gestión del Riesgo	Defensa jurídica/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Contrato de Profesional Abogado Externo Apoyo de la Defensa Jurídica	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%							1 0%	2 0	0%	100%
4	Realizar reunión periódica con el comité de Conciliación para revisar el Estado de los Procesos Judiciales.	H	Sistema integrado de gestión	Defensa jurídica/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	# de Reuniones Programadas /Número de Reuniones Realizadas Actas de reunión	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	2 0%	2 0%	2 0%	2 0%	23 0	0%	100%							
5	Realizar Informe del Estado de Procesos Judiciales en Contra de la Entidad para la vigencia 2024	v	Gestión del Riesgo	Defensa jurídica/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Documento Informe- rendición de cuentas	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%							1 0%	2 0	0%	100%
6	Publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición.	H	Riesgos de Corrupción	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Procesos publicados con la totalidad de documentos/total de Procesos	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
7	Informes normativos: * SIA Observa * Contraloría Anual * Superintendencia de Salud * 2163 * Función pública Informes internos: * Contratación Talento Humano * Contratación Control Interno	P	Gestión del Riesgo	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Reportes generados en las páginas oficiales / pantallazos del cargue de la información / archivos con número de profesionales contratados.	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
8	Participación de comites de compras y adquisicion de bienes	H	Gestión del Riesgo	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Acta de comité de Compras	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%		1 0%		1 0%		1 0%		1 0%		1 0%	6 0	0%	100%
9	Publicación de documentos contractuales en la pagina de la gobernación	H	Riesgos de Corrupción	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Documentos publicados en la página de la gobernación /documentos físicos y digitales que reposan en la oficina	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%	1 0%	1 0%	1 0%	12 0	0%	100%								
10	Socialización con Líderes y Supervisores la Actualización del Manual de Contratación del Hospital del Sarare ESE.	H	Plan de Defensa Jurídica	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis Arevalo Quintero	Documento que evidencia las actividades realizadas durante la socialización, incluyendo lista de asistentes, temas tratados y conclusiones.	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%					1 0%					2 0	0%	100%
11	Actualización, Socialización y Aplicación del Manual de	p	Riesgos de	Contratación/ Asesor Jurídico Alexis	Documento revisado y ajustado, con los cambios realizados conforme a las normativas vigentes y las necesidades del hospital v las actividades v	PROGRAMADO			1 0%					1 0%					2 0	0%	100%



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:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION GESTIÓN DE COMPRAS Y ALMACEN VIGENCIA 2025		
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				
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	% TOTAL DE AVANCE
0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	CRONOGRAMA DE TRABAJO												INDICADOR DE AVANCE					
							ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICEMBRE	AVANCE	META				
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	Elaboración del Plan Anual de Adquisiciones	P	Plan de desarrollo	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Publicación del Plan en Página WEB Publicación SECOP II	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%															1 0	0%	100%
2	Implementar el programa de inventario de bienes devolutivos y de consumo. (Cronograma)	H	Comité Institucional	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Acta de Comité de Inventarios Formato diligenciado con el inventario	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%			1 0%			1 0%					1 0%	4 0	0%	100%	
3	Actualización Del Manual de propiedad Planta y equipo	H	Gestion Documental	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Manual propiedad planta y equipo con aprobacion del comité de gestion y desempeño	PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%											1 0	0%	100%
4	Elaborar y remitir informes para entidades de control (Contraloría, SIGA)	H	Lineamientos Normativos	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Formularios diligenciados enviados al correo de Control Interno, Contabilidad y TIC's Formato diligenciado en pagina web del SIGA	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%											1 0%	2 0	0%	100%		
5	Realizar actividades relacionadas con el programa de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud - PAMEC	H	PAMEC	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	No de actividades ejecutadas/ No programadas x 100. Actas de reunión, Registro fotografico	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%			1 0%			1 0%					1 0%	4 0	0%	100%		
6	Realizar comites de compras	H	Plan de desarrollo	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Actas de reunion de comité y resolucion según corresponda.	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%		1 0%		1 0%		1 0%		1 0%			1 0%	6 0	0%	100%		
7	Realizar comites de inventarios	H	Plan de desarrollo	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala	Actas de reunion de comité y resolucion según corresponda.	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0%			1 0%			1 0%				1 0%	4 0	0%	100%		
8	Actualización de políticas contables	H	Plan de desarrollo	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala		PROGRAMADO EJECUTADO					1 0%		1 0%		1 0%				1 0%	4 0	0%	100%		
9	Actualización de políticas contables	H	Plan de desarrollo	Almacen / Lider Almacenista Jennifer Ayala		PROGRAMADO EJECUTADO									1 0%					1 0	0%	100%		

MEDICIÓN Y MONITOREO

AVANCE MENSUAL DEL PLAN DE ACCIÓN 2025



PORCENTAJE DE AVANCE TRIMESTRAL PLAN DE ACCIÓN 2025





PLAN DE ACCIÓN

Evolucionamos pensando en usted

303.22.01

PROCESO	GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DEL AMBIENTE FÍSICO, TECNOLOGÍA Y DOTACIÓN HOSPITALARIA		
SUBPROCESO:	Gestión del mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria equipos industriales y vehículos - Gestión biomédica - Servicio básicos- Gestión de redes de tecnología y equipos informáticos		
RESPONSABLE DEL PLAN DE ACCIÓN/TRABAJO:	Joaquín Alviarez, Monika Daniella Cruz Sanchez, Tito Reyes.		
FECHA DE ELABORACIÓN	ENERO	VIGENCIA:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCIÓN ANUAL VIGENCIA 2025		
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				
TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL DE PORCENTAJE
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%			

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								
GESTIÓN DEL MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA HOSPITALARIA EQUIPOS INDUSTRIALES Y VEHÍCULOS																												
1	Realizar actualización y reporte de plan de mantenimiento Hospitalario	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Informe de Ejecución Presentado a la Unidad de Salud de Arauca Pantallazo de evidencia enviado a la unidad administrativa de salud de arauca	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%					1 0	0%					2 0	0%	100%							
2	Realizar seguimiento a la ejecución de planes de mantenimiento en los formatos definidos	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Informe de Ejecución Presentado al Comité de Gestión y Desempeño, Actas de reunión, Registro fotografico Hojas de vida actualizadas de los equipos industriales hospitalarios. Formatos de revision preventivas trimestrales	PROGRAMADO EJECUTADO			1 0	0%		1 0	0%		1 0	0%			3 0	0%	100%							
3	Elaborar el plan de accion vigencia 2024	P	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Plan de Accion	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%											1 0	0%	100%							
4	Elaboracion de estudios previos para insumos o servicios del area de mantenimiento	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Estudios previos entregados a Gestion Juridica	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%			1 0	0%			1 0	0%			3 0	0%	100%							
5	Elaboracion del cuadro de turno	H	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Cuadro de turno	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	12 0	0%						
6	Informe 2193 SIHO	H	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Anual y trimestral (componente infraestructura)	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%		1 0	0%		1 0	0%		1 0	0%		4 0	0%								
7	Realizar Seguimiento al plan de mantenimiento de la infraestructura física y Hospitalaria de la Infraestructura de la Unidad de Cuidados Intensivos	H	Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Gestión del mantenimiento infraestructura equipos industriales vehículos/ Ref Joaquín Alviarez	Bimensual	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%	1 0	0%		1 0	0%	6 0	0%							
GESTIÓN BIOMÉDICA																												
1	Identificar e informar de la nueva normatividad o cambios regulatorios que inferen en el proceso biomédico	H	Normograma institucional	Monika Daniella Cruz Sanchez	Correo electrónico a Jurídica/calidad con la actualización de la normatividad vigente	PROGRAMADO EJECUTADO							1 0	0%					1 0	0%								
2	Seguimiento al programa de tecnovigilancia	H	Programa de tecnovigilancia	Monika Daniella Cruz Sanchez	Registro fotografico de la revision de las alertas sanitarias emitidas por INVIMA enviados al correo de Control Interno, Calidad cada 20 dias.	PROGRAMADO	2	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1	0%	1	0%	1	0%	2	0%	1	0%	1	0%	16	0%



Evolucionamos pensando en usted

303.22.01									
ID	Descripción	Categoría	Sistema	Responsable	Detalle	Programado	Ejecutado	Avance	Objetivo
3	Capacitación al personal asistencial acerca del buen uso de la dotación biomédica.	H	Formación Continua	Monika Daniella Cruz Sanchez	Reporte masivo de incidentes y eventos adversos con dispositivos medicos en la pagina web del INVIMA. No de capacitaciones ejecutadas/ No programadas x 100. Actas de reunion, Registro fotografico	EJECUTADO		0	
						PROGRAMADO	1	10	0%
						EJECUTADO		0	
4	Programación del cronograma de mantenimiento preventivo biomédicos y actualización del plan de mantenimiento equipos biomédicos	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Monika Daniella Cruz Sanchez	Cronograma y documento final con actualización del plan de mantenimiento hospitalario biomédico.	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	
5	Realizar seguimiento a la ejecución de plan de mantenimiento hospitalario biomédico en los formatos definidos	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Monika Daniella Cruz Sanchez	Carpetas de hojas de vida actualizadas con reportes y seguimientos con formatos.	PROGRAMADO	1	11	0%
						EJECUTADO		0	
6	Programación del cronograma de calibraciones	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Monika Daniella Cruz Sanchez	Cronograma y documento final con actualización.	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	
7	Realizar seguimiento a la ejecución de las calibraciones	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Monika Daniella Cruz Sanchez	Carpetas de hojas de vida actualizadas con certificados y seguimiento con formatos.	PROGRAMADO	1	4	0%
						EJECUTADO		0	100%
SERVICIOS BÁSICOS									
1	Documentar, desarrollar e implementar el protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Tito Reyes	Protocolo de limpieza y desinfección hospitalaria con aprobación del comité de gestión y desempeño	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	100%
2	Implementar el Uso de cloro organico en todas las areas hospitalarias de la ESE Hospital del Sarare	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Tito Reyes	Acta de reunion del Comité de laas en el cual se presenta el informe de implementación	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	100%
3	Documentar, desarrollar e implementar el protocolo del lavado de ropa hospitalaria	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Tito Reyes	Protocolo del lavado de ropa hospitalaria	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	100%
4	Capacitar al personal de servicios basicos según la actualización del protocolo de limpieza y desinfección.	H	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Tito Reyes	Actas de asistencia a capacitación.	PROGRAMADO	1	3	0%
						EJECUTADO		0	100%
5	Solicitar un mantenimiento preventivo trimestral de las instalaciones de lavandería, asegurando que las máquinas funcionen correctamente.	P	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	Tito Reyes	Soporte de solicitud y entrega del informe de el mantenimiento realizado.	PROGRAMADO	1	3	0%
						EJECUTADO		0	100%
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)	ING. YANET MORENO V	Contar con una red de datos más segura.	PROGRAMADO	1	1	0%
						EJECUTADO		0	100%



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:	2025
NOMBRE DEL PLAN DE ACCIÓN	PLAN ACCION ANUAL VIGENCIA 2025		
OBJETIVO INSTITUCIONAL RELACIONADO CON LA DEPENDENCIA	Realizar seguimiento y evaluación de los procesos y subprocesos institucionales, asegurando el mejoramiento continuo de los mismos, lo cual permita toma de decisiones basados en la evidencia y lograr un manejo racional de los recursos.		

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

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
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

N° Consecutivo	ACTIVIDAD -CONTROL	ETAPA PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar)	PLAN/PROGRAMA ASOCIADO (SI APLICA)	RESPONSABLE	PRODUCTO O RESULTADO ESPERADO (EVIDENCIA DE GESTIÓN)	ESTADO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AVANCE	META
							0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	Resolución caja menor	H	Sistema institucional control interno	de Asesor juridico	Resolución de Gerencia	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0% 100%
2	Entrega del Plan de mantenimiento hospitalario, resolución adopción. Circular externa UAESA (10 de Enero)	H	Sistema institucional control interno	de Asesor de Planeación	Entrega Comunicacio o informe a la Gerencia con recibido	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0% 100%
3	Informe de cierre del plan de Auditoria interna 2023 y publicación de este	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Plan de auditoria con su seguimiento, publicado en pagina web	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0% 100%
4	Realizar informe de gestión de la oficina de Control Interno	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Entrega Comunicacio o informe a la Gerencia con recibido	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%												1 0	0% 100%
5	seguimiento de informes Anuales: 1 cuenta anual SIA con el anexo que se envia al correo de controloria.	VIA	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Envio de comunicacion a la Contraloria Departamental de Arauca entregando los formularios .	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%											1 0	0% 100%
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 EJECUTADO	3 0%						3 0%						1 0	0% 100%
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 EJECUTADO	2 0%			2 0%			2 0%			2 0%			8 0	0% 100%
8	Realizar informes Cuatrimestral: Informe del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicación de documentos en la pagina web del Hospital del Sarare	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%				1 0%			1 0%					3 0	0% 100%
9	Realizar comité de Control Interno	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Acta de Reunion y firmas de asistencia	PROGRAMADO EJECUTADO	1 0%					1 0%						1 0%	3 0	0% 100%
10	Realizar y hacer seguimiento al informes de Funcion Publica-FURAG	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / Geraldine Real Lozano	Publicacion de informe en la plataforma de FURAG Evidencias del acompañamiento al diligenciamiento del formulario	PROGRAMADO EJECUTADO							1 0%						1 0	0% 100%
11	Reporte de informe GT001 de Implementación de Código de Conducta y Buen Gobierno	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez / JuNta Directiva /Gerencia	Soporte del reporte ante la SUPERSALUD	PROGRAMADO EJECUTADO									1 0%				1 0	0% 100%
12	Reporte de informe CHIP CGN (control interno contable)	H	Sistema institucional control interno	de Yenny Carolina Suarez	Soporte del reporte ante la CONTADURIA GENERAL DE LA NACION	PROGRAMADO EJECUTADO		1 0%											1 0	0% 100%

