

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN HUILA NIT: 891.180.026-5 PLAN DE ACCIÓN								Código: A2FO1061 - 001 Versión: 02 Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA TRANSPORTE BÁSICO Y MEDICALIZADO	AÑO	2025
------	--	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar procesos de formación continua al personal asistencial	Evaluar que se realice la Notificación a la Secretaría de Salud Departamental, CRUE Huila y a la EPS responsable del paciente cuando la remisión cumpla más de 48 horas de trámite sin respuesta positiva.	Evidencia de doce (12) informes de notificación al CRUE, Secretaría de Salud realizados de manera mensual, en caso de que la remisión no se cumpla.	No. De remisiones notificadas / Total de remisiones que cumplen mas de 48 horas sin respuesta de aceptación	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
2			Socializar el Manual de Referencia y contrarreferencia al personal de los servicios de traslado asistencial basico, medicalizado y de referencia.	Evidencia de dos (2) Actas de capacitaciones diligenciados en la vigencia realizadas de manera semestral.	No. capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
3			Socializar y realizar seguimiento al protocolo de egreso del paciente por remisión en las áreas de observación y hospitalización	Evidencia de (1) Acta de capacitacion	N de funcionarios de las áreas de observación y hospitalización / Total de funcionarios de las áreas de observación y hospitalización	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
4		Garantizar procesos seguros de traslados de pacientes	Realizar la medición de eventos adversos relacionados con colisiones durante el traslado	Evidencia de doce (12) certificaciones de indicadores de referencia y contrarreferencia.	No. De Eventos adversos relacionados con la colisión / Total de colisiones	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
5			Realizar la medición de muertes durante el traslado (<= 5%)	Evidencia de doce (12) Certificaciones de indicadores de referencia y contrarreferencia.	No. Muertes durante el traslado / Total de traslados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
6		Garantizar el acceso al servicio	Realizar la medición de pacientes con solicitudes de remisión aceptados por la institución (>=95%)	Evidencia de doce (12) Certificaciones de indicadores de referencia y contrarreferencia.	No. pacientes aceptados / Total de solicitudes de remisión	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
7			Revisar la pertinencia de remisiones no aceptadas por otras instituciones , registradas en el respectivo formato.	Evidencia de doce (12) Informe de indicadores de referencia y contrarreferencia.	No. Pacientes a quienes se diligencio el formato de no aceptación / Total de pacientes no aceptados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
8		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del area	Realización de informe de diligenciamiento de fallas en la pertinencia del Anexo 9 (documento de evaluación de EPS para recepción de pacientes)	Evidencia de doce (12) Informes de diligenciamiento de fallas en la pertinencia del Anexo 9	Informe de fallas en el diligenciamiento	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
9			Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
10		Promover la organización documental del area	Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
11			Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del area	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
12		Gestión de riesgos	Realizar informe de consolidación a los riesgos en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación a los riesgos de la Unidad Funcional y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación a los riesgos de la Unidad Funcional y plan de mejora elaborado, si se requiere.	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON Profesional de planeación	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA Profesional de planeación
		ORIGINAL FIRMADO IZZA DAYANNA BARRERA ARRIGUI Líder de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
		ORIGINAL FIRMADO PABLO LEON PUENTES QUESADA Subdirector Técnico - Científico



ÁREA	AUDITORIA CONCURRENTE
------	-----------------------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Evaluar la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la Institución	Realizar auditoria de historias clínicas de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la Institución, donde se mida la adherencia a la guía de práctica clínica.	Evidencia de doce (12) de actas de reunión del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador ($\geq 0,8$)	Número de Historias Clínicas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
2		Garantizar la Oportunidad en la realización de Apendicectomía, por parte del equipo médico y de especialistas.	Realizar auditoria de historias clínicas para medir la oportunidad en la realización de Apendicectomía con seguimiento diario	Evidencia de doce (12) informes , que como mínimo contenga: base de datos de los pacientes a quienes se les realizó la apendicectomía, con la identificación del paciente, fecha y hora de la confirmación del diagnóstico de Apendicitis y fecha y hora de la intervención quirúrgica; aplicación de la fórmula del indicador, ($\geq 0,9$)	Número de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso a quienes se realizó la Apendicectomía, dentro de las seis horas de confirmado el diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de Apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
3		Garantizar la Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Realizar auditoria de historias clínicas para medir la oportunidad en la atención en el manejo del Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Evidencia de doce (12) de actas de reunión de comité de historia clínica, que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía(IAM) y aplicación de la fórmula del indicador ($\geq 0,9$)	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
4		Garantizar el correcto diligenciamiento de historias clínicas en los diferentes servicios	Realizar auditoria de adecuado registro de historias clínicas de los diferentes servicios y de acuerdo a los hallazgos identificados formular el respectivo plan de mejoramiento.	Evidencia de doce (12) actas de comité de historia clínica de realización de auditoria de historia clínica. ($\geq 0,9$)	Calidad en el registro en la atención específica de pacientes en los diferentes servicios	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
5		Garantizar el modelo integrado, humano y seguro en la prestación de servicios a las gestantes, que responda a las necesidades en salud de la población.	Realizar evaluación a la adherencia de guías institucionales: guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre en gestantes	Evidencia de doce (12) actas de comité de historia clínica de realización de auditoria de historia clínica y adherencia a la guía institucional. ($\geq 0,8$)	Número de Historias Clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre en la gestación en la vigencia objeto de evaluación/Total Historias Clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
6		Evaluación y seguimiento a estándares propuestos por el Ministerio de Salud en referencia a la Resolución 710 de 2012, 743 de 2018 y 408 de 2018 y/o la norma que lo sustituya.	Realizar seguimiento al indicador de Mortalidad Intrahospitalaria, realizando análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas ($\geq 1,0$)	Evidencia de doce (12) informes de seguimiento al indicador de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas.	Número de informes presentados relacionados con informes de seguimiento al indicador de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas / Total de informes programados en la vigencia 2024	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad
7		Evaluación y seguimiento a estándares propuestos por el Ministerio de Salud en referencia a la Resolución 710 de 2012, 743 de 2018 y 408 de 2018 y/o la norma que lo sustituya.	Realizar seguimiento al indicador de Mortalidad Intrahospitalaria, realizando análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayor de 48 horas ($\geq 1,0$)	Evidencia de doce (12) informes de seguimiento al indicador de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas.	Número de informes presentados relacionados con informes de seguimiento al indicador de mortalidad intrahospitalaria mayor a 48 horas / Total de informes programados en la vigencia 2024	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Médica Auditora Concurrente de Calidad

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON Profesional de planeación	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	ORIGINAL FIRMADO ADRIANA LISSETH ROJAS ESCARRAGA Profesional de planeación
		ORIGINAL FIRMADO PABLO LEON PUENTES QUESADA Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	CENTRO INTEGRAL DE TERAPIAS
------	-----------------------------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META/INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Optimizar la productividad del servicio del centro integral de terapias	Realizar diariamente la medición de productividad por profesional	Evidencia de doce (12) informes mensuales sobre medición de productividad del servicio	Número de pacientes atendidos / Total horas programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
2		Garantizar el adecuado registro de Historias Clínicas	Evaluar el correcto diligenciamiento de la Historia clínica (>90%)	Evidencia de cuatro (4) informes de auditoría del servicio.	Nº Item cumplidos/Total de item evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
3			Realizar el 100% de los registro de Historia Clínica en Dinámica Gerencial.	Evidencia de doce (12) informes mensuales sobre registros en el sistema.		8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
4			Realizar capacitación de procesos y procedimientos del servicio y realizar el respectivo pre y post test	Evidencia de cuatro (4) eventos de capacitación sobre procesos y procedimientos en el servicio en la vigencia.	Capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
5		Realizar seguimiento a la implementación de procesos y procedimientos de terapia y rehabilitación	Aplicar listas de chequeo trimestral para evaluación de adherencia a procesos y procedimientos de terapia ambulatoria, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) informes de adherencia al protocolos de terapia.	No. De item cumplidos / No. de item evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
6		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	DIANA YISEL JIMENEZ CASTRO	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Gestora Centro Integral de Terapias	Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

AREA	CIRUGIA
------	---------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
2			Socialización de protocolos y Procedimientos del Servicio de Cirugía. Realizar pre y post test(médico especialistas y generales, jefes y auxiliares de enfermería, instrumentadores y servicios generales)	Evidencia de cuatro (4) Actas de capacitación que incluya registro de asistencia, pre test, post test a capacitación física o virtual, registro fotográfico.	Nº de capacitaciones realizadas / Nº de capacitaciones programadas x 100	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
3		Evaluar la adherencia a procesos y procedimientos de cirugía.	Aplicar lista de chequeo para evaluación de la adherencia de procedimientos de cirugía. Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe semestral	Evidencia de aplicación de dos (2) listas de chequeo para evaluación de la adherencia a procedimientos de cirugía en la institución.	Lista de chequeo que cumplen con los procesos y procedimientos de cirugía / Total de listas de chequeo aplicadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
4		Fortalecer la atención al usuario y familiar brindando información antes, durante y después del procedimiento quirúrgico	Garantizar entrega de información del estado del paciente por parte del médico especialista o general a familiares en el momento de la atención.	Evidencia de doce (12) reportes del Libro de registro de entrega de información.	No. De familiares a los que se les brindo información del estado del paciente por parte del médico especialista o médico general / No. de pacientes intervenidos en el servicio de cirugía	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
5		Disminuir el porcentaje de la cancelación de cirugía programada con el propósito de mantener la satisfacción de nuestros usuarios y aumentar la productividad quirúrgica.	Garantizar que las cirugías canceladas atribuibles a la E.S.E sean menor o igual a 1,5% (observatorio Minsalud). Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe mensual.	Evidencia de doce (12) Informes de estadísticas de servicio de Cirugía	Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución / Número total de cirugías programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
6			Realizar seguimiento al motivo cancelación de cirugías por parte de los pacientes	Evidencia de doce (12) informes relacionados con cancelación de cirugías por parte del paciente	Número de informes relacionados con cancelación de cirugías / Total de informes programados en el periodo	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
7		Gestión de riesgos	Realizar informe de consolidación a los riesgos en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación a los riesgos de la Unidad Funcional Pre hospitalaria y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación a los riesgos de la Unidad Funcional y plan de mejora elaborado, si se requiere.	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	MARIA CAMILA MARTINEZ	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Lider servicios quirúrgicos	Subdirector Técnico - Científico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN HUILA NIT: 891.180.026-5 PLAN DE ACCIÓN								Código: A2FO1061 - 001 Versión: 02 Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	CONSULTA EXTERNA	ANÓ	2025
------	------------------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL	Lograr una atención oportuna y de calidad a los usuarios que acuden al servicio de consulta externa	Realizar seguimiento de consultas programadas para medir la respectiva inasistencia y reportar el indicador a oficina de calidad y subdirección científica.	Evidencia de doce (12) informes mensuales realizados por el servicio sobre inasistencia a las consultas.	No. Consultas no asistidas / No. Consultas programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
2		Garantizar el seguimiento a usuarios con reporte de patologías alteradas	Alimentar mensualmente la base de datos de patologías tomadas y patologías alteradas para llevar seguimiento y realizar el control correspondiente	Evidencia de doce (12) informes en formato excel de patologías alteradas y seguimiento.	Número de seguimientos a patologías alteradas/Total de patologías alteradas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
3		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitaciones al cliente interno sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
4			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
5		Capacitar continuamente al personal auxiliar de enfermería del servicio de consulta externa con el fin de lograr adherencia en todos los procesos y procedimientos institucionales	Realizar eventos de socialización al cliente interno sobre procedimientos, guías y protocolos de atención en consulta externa y realizar seguimiento a través de listas de chequeo, generar el respectivo informe	Evidencia de cuatro (4) registros de socialización con la respectiva firma	Número de Capacitaciones realizadas / número de Capacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
6			Aplicar lista de chequeo para medir adherencia a procedimientos institucionales. Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) informes relacionados con la aplicación de listas de chequeo para medir adherencia a procedimientos institucionales.	Nº de listas de chequeo aplicadas / Nº de listas de chequeo implementadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
7		Garantizar el uso del formato de anexo No.10 (contrareferencia) en los usuarios aceptados de forma ambulatoria por parte de la ESE	Garantizar el cumplimiento en el envío del formato de anexo No.10 (contrareferencia) a las instituciones remisoras de los pacientes ambulatorios y/o de consulta externa. (>=80%)	Evidencia de doce (12) informes sobre relacionados con el diligenciamiento de anexo 10. Soporte de envío vía web	Nº usuarios aceptados quienes egresan con formato de anexo 10 debidamente diligenciados / Total de usuarios aceptados en la ESE Factor 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
8		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
9		Establecer un mecanismo de comunicación efectivo para el agendamiento de citas	Implementar los mecanismos de comunicación para el agendamiento de citas	Evidencia (1) informe de evaluación de los mecanismos de comunicación para el agendamiento de citas	Herramienta de comunicación implementada y evaluando el impacto	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa
10		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y la matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación de los riesgos y elaborar plan de mejora, si se requiere	Reportes de consolidación a los riesgos de la unidad funcional	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Consulta Externa

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO ANDREA YOMAIRA LAMILLA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Gestora Centro Integral de Terapias
Profesional de planeación	Profesional de planeación	Subdirector Técnico - Científico



 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</p> <p>GARZÓN HUILA</p> <p>NIT: 891.180.026-5</p> <p>PLAN DE ACCIÓN</p>	<p>Código: A2FO1061 - 001</p> <p>Versión: 02</p> <p>Vigencia: 16/01/2025</p>
--	---	--

10	CLINICA U ASISTENCIAL	de brotes institucionales de infecciones asociadas a dispositivos médicos y demás infecciones asociadas a la atención en salud; mediante la vigilancia epidemiológica, ejecución de procedimientos preventivos y aplicación de guías de práctica clínica vigentes que en conjunto han demostrado eficacia en disminución del impacto de éste evento de interés en salud pública	Determinar la incidencia del consumo y estimar las tendencias del uso de los principales antibióticos del uso clínico en servicios de hospitalización y UCI adultos. (Mínimo 90%)	Evidencia de doce (12) Informe .XLSX de consumo y uso de antibióticos en el ámbito hospitalario	(Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte de incidencia de CAB y análisis de las tendencias de uso / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA ESTIMACIÓN DE INCIDENCIA Y USO DE ANTIBIÓTICOS	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
11		Fomentar la práctica del aislamiento hospitalario entre el personal de salud, pacientes y cuidadores; como práctica de atención segura mediante actividades de medición de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos (Mínimo 90%)	Evidencia de doce (12) Informe .XLSX medición de adherencia de aislamiento hospitalario	(Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de aislamiento hospitalario / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN EL FOMENTO DE LA PRÁCTICA DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
12		Fomentar la práctica de los procedimientos de limpieza y desinfección hospitalaria entre el personal de enfermería como práctica de atención segura mediante actividades de medición de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos (Mínimo 90%)	Evidencia de doce (12) Informe .XLSX medición de adherencia de limpieza y desinfección	(Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de limpieza y desinfección / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN EL FOMENTO DE LA PRÁCTICA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
13		Garantizar el registro y almacenamiento de la información sobre la ocurrencia de hechos vitales en la institución y sus características con fines jurídicos y administrativos, en cumplimiento de la normatividad vigente en la materia	Realizar la corrección oportuna de inconsistencias u omisiones en el registro de estadísticas vitales a la plataforma 'Registro Único de Afiliados a la Protección Social' https://nd.ruaf.gov.co según retroalimentación recibida del DANE; garantizando una oportunidad en máximo de 8 días calendario.	Evidencia de doce (12)informes .XLSX corrección a omisiones en el registro de estadísticas vitales a la plataforma 'Registro Único de Afiliados a la Protección Social' https://nd.ruaf.gov.co según retroalimentación recibida del DANE; garantizando una oportunidad en máximo de 8 días calendario.	(Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en la corrección de inconsistencias u omisiones en el registro de estadísticas vitales a la plataforma nd.ruaf.gov.co / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA CORRECCIÓN DE INCONSISTENCIAS U OMISIONES EN EL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
14			Realizar la gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma 'Registro Único de Afiliados a la Protección Social' https://nd.ruaf.gov.co mediante búsqueda activa y solicitudes de ingreso a la plataforma "Registro Único de Afiliados a la Protección Social" https://nd.ruaf.gov.co	Evidencia de doce (12) certificados .DOC gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma 'Registro Único de Afiliados a la Protección Social' https://nd.ruaf.gov.co	(Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en la gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma nd.ruaf.gov.co / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
15		Realizar la vigilancia epidemiológica y auditoria de la mortalidad mayor a 48 horas de ingreso, de acuerdo a los procesos establecidos para el seguimiento como indicador de calidad.	Realizar la búsqueda activa institucional semanal de eventos relacionados con mortalidad mayor a 48 horas de ingreso mediante revisión de registros de control y plataforma RUAF-ND.	Evidencia de cuatro (4) reportes de Base de datos .XLSX vigilancia y control de la mortalidad intrahospitalaria	(Num) No. meses con cumplimiento en la entrega del reporte / (Den) No. Meses transcurridos según calendario epidemiológico 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de cumplimiento en la auditoria mensual a mortalidad mayor a 48 horas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
16		Información educación a pacientes	Ofrecer información y/o educación a pacientes en eventos en interes de Salud publica en las patologías que apliquen	Evidencia de doce (12) listas de asistencia.	Lista de asistencia diligenciadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
17		Promover la organización documental del area	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del area	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	Consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
18		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de seguimiento a la matriz de riesgo y plan de mejora aprobada por la E.S.E y elaborar plan de elaborado, si se requiere mejoría según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación del periodo establecida en la metodología y matriz de seguimiento a la matriz de riesgo y plan de mejora	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	ESTEFANY CRUZ VALDERRAMA	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Líder de epidemiología y salud pública	Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

AREA	ESTERILIZACIÓN
------	----------------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META/INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE	
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad del proceso de esterilización	Realizar cronograma de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas prácticas.	Evidencia de un (1) cronograma de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas prácticas.	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización	
2			Realizar seguimiento a los eventos de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas prácticas.	Evidencia de cuatro (4) informes de capacitaciones realizadas de manera física o virtual con las correspondientes evidencias de registro fotográfico de la reunión	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas	100%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización	
3			Aplicar lista de chequeo en los diferentes servicios para evaluar la adherencia a los procedimientos en buenas prácticas de esterilización	Evidencia de cuatro (4) informes de aplicación de lista de chequeo realizadas a los diferentes servicios para evaluar la adherencia a los procedimientos en buenas prácticas de esterilización.	Lista de chequeo que cumplen con el proceso de esterilización / Total de listas de chequeo aplicadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización	
4			Elaborar informe de análisis del impacto de ahorro reflejado en el costo, gasto de empaques, tiempo del personal y ciclos de los equipos de esterilización.	Evidencia de doce (12) Informes mensuales de análisis de ahorro en el servicio de central de esterilización	Numero de informes realizados/ No. total de informes programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización	
5			Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Socialización de las políticas institucionales (Política de Uso y reuso de dispositivos médicos)	Evidencia de (1) acta de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de funcionarios que recibieron la socialización / Total de funcionarios de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización
6			Garantizar el uso de jabón de manos y gel para fricción	Realizar informe de dispensación de jabón para lavado de manos y gel para fricción de manos	Evidencia de doce (12) informe de dispensación de jabón y gel	Numero de informes realizados/ No. total de informes programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización
7			Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	Consolidar inventario documental (excel)	100,00%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización
8			Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación de seguimiento a la matriz de riesgo y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Reportes matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Esterilización

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO

ORIGINAL FIRMADO

ORIGINAL FIRMADO

Revisado por:

ORIGINAL FIRMADO

ORIGINAL FIRMADO

MARIA JOSE FIERRO RINCON

EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES

HERNANDO CASTRO PARRA

DIANA CRISTINA RUBIANO VALENCIA

PABLO LEON PUENTES QUESADA

Profesional de planeación

Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos

Profesional de planeación

Gestora del proceso de esterilización

Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Codigo: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

AREA	FARMACIA
------	----------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	AREA CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la correcta dispensación de productos farmacéuticos	Realizar Seguimiento a la dispensación a través de formatos institucionales establecidos para tal fin y elaborar y ejecutar el plan de mejora de los errores de dispensación cada vez que supere el estandar de 5%.	Evidencia de doce (12) informes sobre el proceso de dispensación. Evidencia del plan de mejora de errores de dispensación cuando supera el 5%.	Nº de errores de dispensación/Nº formulas dispensadas Factor 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
2			Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
3		Capacitar el personal del Servicio Farmacéutico en cuanto a los protocolos institucionales	Capacitar a funcionarios en protocolos y procedimientos del servicio farmacéutico. Realizar el pre y post test	Evidencia de doce (12) Actas de capacitación a los funcionarios del servicio farmacéutico cronograma de capacitación y evaluación.	Nº capacitaciones realizadas / Nº capacitaciones programadas Factor 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
4			Socialización de la Política Farmacéutica	Evidencia de (1) acta de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
5		Fortalecer el seguimiento y control de informes de obligatorio cumplimiento	Realizar seguimiento a indicador de farmacovigilancia	Evidencia de cuatro (4) reporte de indicador de Farmacovigilancia a entidades de control	Número de informes de seguimiento del indicador de farmacovigilancia realizados en el periodo de tiempo / Total de informes proyectados en el periodo de tiempo	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
6		Fortalecer el seguimiento y control de informes de obligatorio cumplimiento	Realizar seguimiento a la oportunidad del indicador de medicamentos farmacia central	Evidencia de doce (12) informes de seguimiento a la oportunidad del indicador de medicamentos farmacia central.	Número de medicamentos entregados a la farmacia central / Total de medicamentos solicitados a la bodega de farmacia	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
7		Evaluar la adherencia de dispensación de medicamentos	Elaborar informe sobre adherencia a la dispensación de medicamentos.	Evidencia de dos (2) informes de adherencia dispensación de medicamentos	Informe de adherencia dispensación de medicamentos	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
8		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico
9		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional servicio farmacéutico

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON Profesional de planeación	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA Profesional de planeación
		ORIGINAL FIRMADO ALEX MIGUEL ECHEVERRIA Químico farmacéutico
		ORIGINAL FIRMADO MARIA ELENA GOMEZ Profesional administrativa
		ORIGINAL FIRMADO PABLO LEON PUENTES QUESADA Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

ÁREA		MEJORAMIENTO CONTINUO										
No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE	
			ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN							
1	Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud: Habilidades	Realizar medicion del indicador	Realizar medicion del indicador	Presentar oficio con el pantallazo de los servicios habilitados en el reps y relacionar el indicador	Número de servicios ofertados / Número de servicios habilitados * 100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
2			Realizar diagnostico mediante Autoevaluacion de Habilidades a cada uno de los servicios habilitados en la ESE en el REPS dando cumplimiento a la normatividad	Evidencia de (1) Informe de seguimiento para el cumplimiento de las areas	Informe de autoevaluación	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
3			Presentar cronograma y equipo de trabajo autoevaluador para la realización de la Autoevaluación de habilitación de cada unidad funcional habilitada ante el REPS	Cronograma de trabajo elaborado, organización y designación equipo autoevaluador	cronograma de trabajo	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
4			Presentar informe de seguimiento al cronograma de autoevaluación especificando las areas auditadas	Informes de autoevaluación por cada unidad funcional verificada e informe de seguimiento	Número de informes presentados / Número de unidades funcionales verificadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
5			presentar planes de mejoramiento de las autoevaluaciones de cada unidad funcional	Planes de mejoramiento presentados en cumplimiento de la Resolución 3100 del 2029 y otras normas que apliquen.	planes de mejoramiento presentados en cumpliendo con los estandares de Habilidades revisados.	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
6			Revisar que los documentos institucionales esten completos, codificados, socializados y actualizados en la diferentes unidades funcionales . Emitir informe	Informe con el diagnóstico de cumplimiento de los procesos institucionales según la Resolución 3100 del 2029 y otras normas que apliquen.	Informe (1) presentado sobre el diagnóstico de los documentos revisados que se encuentran cumpliendo con el estandar de procesos prioritarios de la norma de Habilidades.	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
7			Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud: Acreditación	Realizar autoevaluación de estandares de calidad de acuerdo al Manual de Estándares del Minsalud.	Evidencia de (1) autoevaluacion estandares de acreditación vigencia actual y vigencia anterior	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
8			Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud: Sistemas de Información	Realizar los reportes de los indicadores de manera oportuna	Evidencia de (1) informe de indicadores reportados oportunamente en la vigencia	Número indicadores reportados oportunamente /Número de indicadores a reportar *100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
9			Desarrollar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad pamec con ruta critica anual	Informe de las acciones estandarizadas en la institución de acuerdo con cada grupo de estandares priorizados (SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.)	N° de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas /Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC *100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
10			Realizar LA Ruta Critica de Pamec demostrando el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora propuesta a los procesos priorizados (90%)	Informe de Evaluacion del Pamec realizado por el ente territorial.	N° cumplimiento de acciones establecidas para los proceso priorizados/ Total de acciones programadas para los procesos priorizados	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
11			Realizar los comités del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud	Ruta critica de Pamec	No cumplimiento de acciones establecidas para los proceso priorizados/ Total de acciones programadas para los procesos priorizados	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
12			Evidencia de doce (12) Actas de comité PAMEC	No. De comité realizados / No. De comites programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad		

13	GESTION CLINICA Y ASISTENCIAL	Actualizar el Manual de calidad ajustado a los nuevos servicios y los estandares de calidad en cumplimiento del SOGC	Actualizar el manual de procesos de calidad	Manual de procesos de calidad actualizado	Manual actualizado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
14		Capacitar al personal en la implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud.	Realizar eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud, dentro del marco de la feria de capacitaciones por servicios.	Evidencia de dos (2) soportes de capacitación física o virtual, registro fotográfico o listado de asistencia a las capacitaciones sobre el SOGC.	Número de capacitaciones realizadas/ número de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
15		Cumplir con las disposiciones legales relacionadas con la ejecución de los comités como una herramienta necesaria para el seguimiento y el respectivo cumplimiento de los objetivos planteados por la institución y de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de la Protección Social y evaluar a la vez su efectividad y promover el mejoramiento continuo	Realizar eventos de capacitación sobre el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en Habilitación	Evidencia de (2) soportes de capacitación física o virtual, registro fotográfico o listado de asistencia a las capacitaciones sobre el SOGC.	Número de capacitaciones y evaluaciones realizadas / número de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
16		Consolidar y afianzar el modelo de mejoramiento continuo orientado hacia los resultados con enfoque sistémico documentado en un Plan de Mejora Institucional	Realizar mensualmente seguimiento al cronograma establecido de reunión y a los compromisos establecidos en cada comité de obligatorio cumplimiento (Asistenciales).	Evidencia de (12) matriz de seguimiento a acciones de mejora del comité de gestión clínica.	No de cumplimiento de los compromisos establecidos en Comités/Total de compromisos establecidos por comités institucionales. * 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
17		Garantizar el cumplimiento de la ejecución de los comités de acuerdo con la resolución institucional	Hacer seguimiento a través de los Comités de Mejoramiento de la calidad (Incluye Comités Obligatorios)	Evidencia de (12) Actas legalizadas de los Comités de calidad	No de actas de seguimiento de los comités legalizadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
18		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	Realizar seguimiento al cumplimiento de los comités institucionales del área asistencial	Evidencia de (1) informe de cumplimiento de ejecución de los comités institucionales del área asistencial asistenciales	Total de comités ejecutados en la vigencia / Total de comités programados durante la vigencia de acuerdo con la periodicidad *100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
19		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	Realizar diligenciamiento de ficha técnica al indicador de oportunidad de asignación de cita de pediatría.	Evidencia de doce (12) informes mensuales del indicador tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
20		Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Realizar diligenciamiento a ficha técnica al indicador de oportunidad de asignación de cita de obstetricia.	Evidencia de doce (12) informes mensuales del indicador tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
21		Medir la inasistencia a las citas de especialidades	Enviar relación de usuarios que inasistieron a las citas de especialistas a cada una de las EPS para que tomen correctivos necesarios (10%)	Evidencia de doce (12) informes que relacionen las inasistencias por eps y soporte de envío vía web. 2. Planes de Mejora 3. informe de seguimiento a planes de mejora	Nº de inasistencias / Nº de usuarios programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
22		Preparación y acompañamiento en las auditorias externas, con definición de planes de mejora continua y seguimiento a las actividades planteadas en las auditorias.	Realizar la preparación y acompañamiento a todas las auditorias externas, levantamiento de los planes de mejora con metas de cumplimiento, por cada unidad funcional involucrada.	informe de preparación de la auditoria y presentación Informe de las conclusiones y planes de mejora continua ante hallazgos.	No de informes de auditorias presentadas con planes de mejoramiento / Total de Auditorias realizadas por los entes externos	50%	1	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad

24	Participación en el proceso de Inducción y Reinducción de personal en el SOGC que ingresa a la institución que permita evaluar el conocimiento del sistema	Realizar la inducción y reinducción en lo concerniente al SOGC de todo el personal de la institución	Número de personas que ingresan a la institución capacitadas en los componentes del SOGC	Total de personas capacitadas/ Total de personal que solicitaron capacitación . Factor 100	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
25	Evaluar la efectividad del plan de auditoría interna para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Presentar el plan de auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud con su respectivo cronograma	Evidencia de (1) plan de auditorias de la vigencia	Plan de auditoria codificado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad funcional de calidad
26	Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento programadas para la vigencia, derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría interna para el mejoramiento de la calidad	Evidencia un informe de ejecución del plan de mejoramiento de la Calidad	Relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ No numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencias derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría interna	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
27	Formular estudios de viabilidad para ofrecer nuevos servicios para una atención continua de los usuarios	Socialización de la Política de calidad en salud	Evidencia de (1) acta de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
28	Estructurar, promover y fortalecer el plan padrino para el mejoramiento continuo de la ESE	Socialización de la Política prestación integral de servicios en salud	Evidencia de (1) acta de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
29		Ampliar y/o complementar el portafolio de servicios de mediana y alta complejidad	Evidencia de (1) informe de estudios de viabilidad presentados al ente territorial durante la vigencia (referencia el indicador)	Numero de servicios habilitados / número de estudios de viabilidad presentados al ente territorial *100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
30		Establecer equipos de trabajo, cronograma para la realización de las auditorias dentro de la estrategia del PLAN PADRINO	Grupo de trabajo establecidos y cronograma para la realización de la auditoria del PLAN PADRINO	Informe con plan y cronograma de trabajo	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
31		Realizar las auditorias internas programadas dentro de la estrategia del PLAN PADRINO, elaborar planes de mejoramiento	Informes de auditoria interna asignada dentro del plan padrino con su respectivo plan de mejoramiento	No de informes de auditorias internas presentadas con planes de mejoramiento / Total de Auditorias internas del plan padrino programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad
32	Seguimiento a los planes de mejoramiento instaurados dentro de la estrategia del Plan Padron	Informes de cumplimiento a los planes de trabajo de la estategia del Plan Padron	No de informes de seguimiento presentados / Total de Auditorias internas del plan padrino realizadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	
33	Evaluar la efectividad de la estrategia del Plan Padron	Evidencia un informe de ejecución con evaluación del impacto	Relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorias realizadas/ No numero de acciones de mejoramiento programadas para la vigencias derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría interna de la estrategia del Plan Padron	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad funcional de calidad	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	MARYBEL CASTAÑO RODRIGUEZ PABLO LEON PUENTES QUESADA
	Profesional de planeación	Lider Mejoramiento Continuo Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	HOSPITALIZACIÓN
------	-----------------

ÁREA	HOSPITALIZACIÓN	AÑO	2025
------	-----------------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la adherencia a los procedimientos de administración de medicamentos	Evaluar la adherencia a los procedimientos de administración de medicamentos mediante aplicación de listas de chequeo mensual generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	Evidencia de un (1) Informe de medición de adherencia a la administración segura de medicamentos.	No. De ítem cumplidos / N° de ítem evaluados	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
2		Garantizar el cumplimiento de los procesos de bioseguridad en el servicio de enfermería.	Realizar la aplicación del instrumento de verificación de procesos de bioseguridad en el servicio de enfermería mediante aplicación de lista de chequeo.	Evidencia de doce(12) informes de verificación de procesos de bioseguridad en enfermería. (Un total de veinticinco (25) personas al mes)	Número de informes de verificación de procesos de bioseguridad aplicados en el servicio de enfermería / Total de informes programados para la vigencia	8%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
3		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
4		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
5		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
6		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación de seguimientos a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	MARIA FERNANDA MENDEZ	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Coordinadora Internación general adultos y pediátrica	Subdirector Técnico - Científico

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN HUILA NIT: 891.180.026-5 PLAN DE ACCIÓN</p>								<p>Código: A2FO1061 - 001 Versión: 02 Vigencia: 16/01/2025</p>

AREA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	AÑO	2025
------	------------------------------------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE	
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la oportunidad de la atención en la prestación del servicio de imágenes diagnósticas	Revisión diaria del cumplimiento en su totalidad de los turnos asignados por cuadro de turno	Evidencia de doce (12) Informes de concertación de Horas	Horas realizadas / Horas programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
2			Medir la oportunidad de entrega de resultados de los servicios de imagería y diagnóstico general- Radiología, Tomografía y mamografía ambulatoria (<=3 días)	Evidencia de doce (12)informes del indicador de oportunidad de entrega de resultados del servicio.	Sumatoria días transcurridos entrega de resultados/total estudios realizados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
3			Medir la Oportunidad de entrega de resultados de los servicios de imagería y diagnóstico especializado- Tomografía en urgencias (<=1 día)	Evidencia de doce (12)informes del indicador de oportunidad de entrega de resultados del servicio de Tomografía en urgencias.	Sumatoria días transcurridos entrega de resultados/total estudios realizados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
4			Medir la oportunidad en la entrega de resultados de los servicios de imagería y Radiología Convencional en Urgencias. (<=1 días)	Evidencia de doce (12)informes del indicador de oportunidad de entrega de resultados del servicios de imagerología y Radiología Convencional en Urgencias.	sumatoria días transcurridos entrega de resultados/total estudios realizados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
5			Información oportuna al usuario antes y después de procedimiento	Garantizar que se le brinde la información antes y después a los usuarios relacionada con el procedimiento a realizar.	Evidencia de doce (12) Informes de oportuna entrega de información a Usuarios. Libro de registro	Numero de usuarios informados/Número total de usuarios que se realizaron procedimiento	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
6			Garantizar al personal del servicio de imagerología capacitarse en protocolos y procedimientos del servicio	Elaborar cronograma del Plan de capacitación	Evidencia de un (1) cronograma de plan de capacitación	Cronograma elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
7			Capacitar el personal del servicio de imagerología a los protocolos institucionales	Capacitar a funcionarios en protocolos y procedimientos del servicio de imagerología. Realizar el pre y post test.	Evidencia de cuatro (4) Actas de capacitación en protocolos y procedimientos en el servicio de imagerología	Número de capacitaciones realizadas en el periodo / Total de capacitaciones programadas en el periodo de tiempo	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
8			Capacitar el personal tecnólogo en radiología	Informe de evaluación lista de chequeo al personal tecnólogo en radiología	Evidencia de cuatro (4) Informes de evaluación	Numero de informes presentados/Número total de informes programados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
9			Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
10			Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo a la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultado	Evidencia de dos (2) informes de consolidación de seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Numero de informes presentados/Número total de informes programados	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	VIVIANA ALEXANDRA DELGADO DIAZ PABLO LEON PUENTES QUESADA
	Profesional de planeación	Líder de Radiología e imágenes diagnósticas Subdirector Técnico - Científico

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA</p>	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</p> <p>GARZÓN HUILA NIT: 891.180.026-5 PLAN DE ACCIÓN</p>								Código: A2FO1061 - 001
									Versión: 02
									Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	LABORATORIO CLINICO	AÑO	2025
------	---------------------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLÍNICA O ASISTENCIAL	Capacitar continuamente al personal del servicio con el fin de lograr adherencia en todos los procesos y procedimientos institucionales	Realizar cronograma de las jornadas de conocimiento en el laboratorio clínico	Evidencia de un (1) cronograma de capacitación.	Cronograma de capacitación	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
2		Capacitar continuamente al personal del servicio con el fin de lograr adherencia en todos los procesos y procedimientos institucionales	Realizar ejecución al cronograma de las jornadas de gestión del conocimiento	Evidencia de doce (12) actas de capacitación (registro fotográfico, realización de test y post test)	Numero de seguimientos realizados en el periodo de tiempo / Total de seguimientos programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
3		Garantizar la formación continua en la toma de muestra de laboratorio	Capacitar al personal de enfermería en toma de muestras del laboratorio clínico.	Evidencia de dos (2) actas de capacitación	Numero de capacitaciones ejecutadas / Numero de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
4		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
5		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) informes del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Numero de informes presentados / Numero de informes programados	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
6		Capacitar continuamente al personal del servicio con el fin de lograr adherencia en todos los procesos y procedimientos institucionales	Capacitar en reactivovigilancia al personal de banco de sangre y laboratorio clínico.	Evidencia de dos (2) actas de capacitación	Numero de capacitaciones ejecutadas / Numero de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico
		Capacitar continuamente al personal del servicio con el fin de lograr adherencia en todos los procesos y procedimientos institucionales	Capacitar al personal de enfermería en el uso del Glucómetro.	Evidencia de cuatro (4) actas de capacitación	Numero de capacitaciones ejecutadas / Numero de capacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Laboratorio Clínico

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON Profesional de planeación	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA Profesional de planeación
		ORIGINAL FIRMADO ANNA INES PRENT Líder de laboratorio clínico
		ORIGINAL FIRMADO PABLO LEON PUENTES QUESADA Subdirector Técnico - Científico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL								Código: A2FO1061 - 001
	GARZÓN HUILA								Versión: 02
	NIT: 891.180.026-5								
	PLAN DE ACCIÓN								Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	NUTRICIÓN	AÑO	2025
------	-----------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLÍNICO Y/O ASISTENCIAL	Lograr la atención en nutrición con accesibilidad y oportunidad a los usuarios que requieran este servicio	Realizar consultas de nutrición, promedio de 300-350 mensuales.	Evidencia de doce (12) reportes o informe de consultas realizadas en la vigencia.	Número de consulta mes/ Meta Programada	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
2		Medir el costo de la ración normal sin disminuir la calidad de los alimentos suministrados	Realizar medición del costo de la ración	Evidencia de doce (12) informes ejecutivos del servicio de nutrición en donde se evidencie la medición de las raciones en el servicio de nutrición.	Costo de la ración	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
3		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar eventos de capacitación en seguridad alimentaria y Buenas Prácticas de Manipulación (BPM) para las auxiliares de nutrición	Evidencia de cuatro (4) eventos de capacitación al personal en seguridad alimentaria para auxiliares de nutrición. Realizar pre y post test.	Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
4			Realizar listas de chequeo para medir adherencia a proceso institucional de seguridad alimentaria. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) informes de adherencia a proceso institucional de seguridad alimentaria.	No. De ítem cumplidos / N° de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
5			solicitar al proveedor las minutas para los pacientes hospitalizados de la ESE Hospital San Vicente de Paúl (21)	Evidencia de un las minutas para la pacientes hospitalizados de la E.S.E	Minutas	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
6			Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
7			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	N° de actividades realizadas/N° actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
8		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
9		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobado por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Nutrición y Dietética

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Líder de Nutrición y Dietética
		Subdirector Técnico - Científico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN HUILA NIT: 891.180.026-5 PLAN DE ACCIÓN				Código: A2FO1061 - 001
					Versión: 02
					Vigencia: 16/01/2025
	ÁREA	GINECO-OBSTETRICIA	AÑO	2025	

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar el manejo oportuno en la atención específica de pacientes con diagnóstico de Hemorragia del III trimestre y Trastornos Hipertensivos en la Gestación	Realizar socialización o resocialización y evaluación con el personal médico, la Guía de Hemorragia del III trimestre y Trastornos Hipertensivos en la Gestación	Evidencia de dos (2) Actas de socialización presencial o virtual con evidencia fotográfica o registro de asistencia. Pre y post test	No. capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia
2		Seguimiento a Protocolos Asistenciales de Enfermería en la unidad funcional de sala de partos.	Realizar Cronograma de capacitación de los protocolos Asistenciales de enfermería.	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación de los protocolos de asistenciales de enfermería.	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia
3			Realizar la Socialización de Protocolos asistenciales básicos de sala de parto.	Acta de Asistencia a las capacitaciones o evidencia virtual, registro fotográfico.	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia
4		Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los protocolos de Enfermería. Emitir informe trimestral	Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los protocolos de Enfermería. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) listas de chequeo aplicadas para evaluación de adherencia a los protocolos de enfermería.	Numero de ítems cumplidos / Numero de ítem Evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia
5			Establecer los procesos y/o herramientas para garantizar la información del paciente y su familia relacionada con la enfermedad fortaleciendo la cultura en la educación para el autocuidado de su salud.	Aplicación del formato de capacitación establecido en el servicio y realizar informe de la educación realizada a nuestras usuarias.	Evidencia de diligenciamiento de formatos con firmas de la educación brindada a las usuarias, análisis y porcentaje de cumplimiento	No. De ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025
6		Promover la organización del archivo de gestión del área	Realizar diligenciamiento del formato de inventario documental del área sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) formato diligenciado de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia
7		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Obstetricia

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO ADRIANA TORRENTE
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Coordinadora de gineco-obstetricia
		Subdirector Técnico - Científico



ÁREA	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN										AÑO	2025
No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE	
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Mantener Fortalecida la Estrategia IAMII	Realizar comités de IAMII	Evidencia de doce (12) actas de Comité de IAMII.	Número de comités realizados /total de comités programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
2		Aplicar el formulario de autoapreciación para monitorear el cumplimiento y los avances en el desarrollo de la implementación de la política IAMII	Realizar el diligenciamiento y envío del formato de autoapreciación IAMII	Informe del resultado de la Autoapreciación	No pasos de cumplimiento/ Total de los pasos autoevaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
3		Capacitar e informar al 100% del personal asistencial y administrativo en la estrategia IAMII.	Realizar jornadas capacitación e información de la estrategia IAMII al personal administrativo y asistencia de la ESE (Planta, agrimados y contratistas), de forma acumulativa mínima al 90% del personal. Realizar el pre y post test	Evidenciar las capacitaciones realizadas de la estrategia IAMII mediante el diligenciamiento de actas de asistencia presencial o virtual, registro fotográfico y material desarrollado.	Número de personal capacitado en la estrategia IAMII /total de personal programado.	16,66%	6	Bimensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
4		Brindar a las mujeres gestantes y su acompañante, información, educación en parto acompañado (Humanizado), atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el nacimiento del recién nacido. (100%)	Realizar educación de preparación para la paternidad y maternidad a las madres gestantes y sus parejas que asisten a la ESE	Evidenciar un informe de los talleres de educación de preparación para la maternidad y paternidad en la ESE San Vicente de Paul.	Nº de pacientes gestantes con educación de preparación para la maternidad realizados en la institución trimestralmente/ total de pacientes gestantes atendidas trimestralmente	25,00%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
5		Educar a la madre puerpera y su a compañante, en información sobre prácticas específicas de cuidado a las niñas y los niños recién nacidos que incluye lactancia materna, higiene sueño seguro, llanto, vínculo afectivo, vacunación, signos y síntomas de alarma para RN, importancia de la primera consulta del RN y inicio oportuna del control de primera infancia. (100%)	Realizar actividad de educación a las madres puerperas en el área de hospitalización antes del egreso hospitalario.	Evidencia de listado asistencia de educación recibida por parte de la gestante,registro fotográfico, entrega de volante con plan de autocuidado para la posparto y su recién nacido. Nota anexa de personal de enfermería sobre la educación.	Nº de madres puerperas educadas en el área de hospitalización / Nº total de puerperas atendidas en la institución.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
6		Cumplimiento al plan ampliado inmunizaciones PAI	Dar continuidad al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de recién nacidos vacunables en la institución.	Evidencia de doce (12) Informes mensuales de registros diarios de vacunación a niños y niñas recién nacidos.	Número de RN vacunados en la Institución/total de recién nacidos	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
7		Garantizar la realización y entrega oportuna del registro civil.	Proporcionar nacidos vivos a quienes se les brinda acceso al registro civil correspondientes al municipio de Garzón.	Evidencia de doce (12) Informes mensuales de registro civil de la institución.	Número de RN, registrados en el hospital/total de recién nacidos del municipio de Garzón.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
8		Mantener técnicas de asepsia y antisepsia en la realización de los cuidados del recién nacido	Aplicar lista de chequeo para medición de adherencia a protocolos de asepsia y antisepsia en el cuidado de recién nacido	Evidencia de doce (12) Informes de lista de chequeo de consolidación de aplicación de listas de chequeo para medición de adherencia a protocolos de asepsia y antisepsia en el cuidado del recién nacido.	No de listas de chequeo que cumplen con adherencia / No. De listas de chequeo aplicadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
9		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
10			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
11		Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Socialización de las políticas institucionales (Política institucional para la implementación de la estrategia instituciones amiga de la mujer y la infancia integral IAMIII)	Evidencia de (2) actas de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
12		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	
13		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en su unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Promoción y Prevención	

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	OLGA LUCIA QUIROGA	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Líder IAMII	Subdirector Técnico - Científico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL								Código: A2FO1061 - 001
	GARZÓN HUILA								Versión: 02
	NIT: 891.180.026-5								Vigencia: 16/01/2025
	PLAN DE ACCIÓN								

ÁREA	SEGURIDAD DEL PACIENTE	AÑO	2025
------	------------------------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META/INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de un (1) Cronograma de capacitación en seguridad del paciente a los servidores y usuarios de la ESE	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Programa Seguridad del Paciente
2			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
3		Garantizar el conocimiento y cumplimiento de lineamientos del Ministerio Salud y protección social relacionado con el programa de seguridad del paciente y el programa establecido a nivel institucional.	Realizar eventos de capacitación en seguridad del paciente a los servidores y usuarios de la ESE	Evidencia de (12) Actas de capacitación de manera física o virtual, registro fotográfico o registros de asistencia a capacitación	Numero capacitaciones Realizadas/ Total programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
4			Evaluar el conocimiento pre y posterior a las capacitaciones	Evidencia de (12) Informe de los resultados pre y posterior a las capacitaciones	Informe (12)	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
5			Realizar rondas de seguridad en los servicios asistencial de la ESE.	Evidencia de Informes mensuales del resultado de la aplicación de las listas de chequeo de los paquetes instructionales aplicados en las rondas de seguridad realizadas en los diferentes servicios.	Numero de rondas de seguridad realizadas/ numero de rondas de seguridad programada	33,33%	3	Cuatrimestral	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
6			Realizar informes de cumplimiento de la lista de chequeo obligatoria del programa de seguridad del paciente y presentar al comité	Evidencia de (2) Informes en la vigencia sobre el cumplimiento de la lista de chequeo obligatoria de seguridad del paciente.	Informes realizados y presentados	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
7			Realizar la gestión y análisis de eventos adversos y generar plan de mejora si aplica.	Evidencia de (12) Actas de análisis y plan de mejora si aplica	Informes realizados y presentados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
8		Evaluación y seguimiento a esquemas propuestos por el Ministerio de Salud en referencia a la Resolución 710 de 2012, 743 de 2018 y 408 de 2018 y/o la norma que los sustituya.	Realizar seguimiento institucional para la gestión de seguridad del paciente donde se realice la identificación de los paciente pediátricos con neumonias broncoaspirativas de origen intrahospitalario.	Evidencia de (12) informes mensuales del indicador paciente pediátrico con neumonía broncoaspirativa que contenga los criterios del indicador.	Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación (menos) Número de pacientes pediátricos con neumonía broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia anterior.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
9			Realizar periodicamente análisis de la mortalidad intrahospitalaria en la ESE	Evidencia de (12) informes mensuales que contenga como mínimo análisis de cada uno de los casos de muerte intrahospitalaria mayores de 48 horas y aplicación de la fórmula del indicador	Número de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas revisadas en el comité respectivo en la vigencia objeto de evaluación / Total de muertes intrahospitalarias mayores de 48 horas en la vigencia objeto de evaluación.	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
10	Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Socialización de las políticas institucionales (Política de Seguridad del Paciente)	Evidencia de cuatro (4) informes de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mensionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente	
11		Socialización de las políticas institucionales (Política de gestión del conocimiento y la innovación)	Evidencia de cuatro (1) informes de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mensionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente	
12		Conmemorar el día de seguridad del paciente	Realizar la conmemoración del día de seguridad del paciente.	Evidencia de un (1) informe ejecutivo de conmemoración del día de seguridad del paciente (Feria).	Informe radicado a la subdirección científica.	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente
13	Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Programa Seguridad del Paciente	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Referente de seguridad del paciente
Profesional de planeación	Profesional de planeación	Subdirector Técnico - Científico



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL

GARZÓN HUILA

NIT: 891.180.026-5

PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 02

Vigencia: 16/01/2025

ÁREA		SIAU									
No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar la medición de la satisfacción del usuario de manera clara y eficiente, en cumplimiento de la normatividad vigente.	Realizar la aplicación de las encuestas de satisfacción a los usuarios de la ESE y presentar el respectivo informe, de acuerdo al número de usuarios atendidos teniendo en cuenta la fórmula de la contraloría. Generar plan de mejora si se encuentra inferior al 90%	Evidencia de doce (12) Informes de aplicación de encuestas en los diferentes servicios.	Usuarios satisfechos/Usuarios encuestados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
2		Garantizar la apertura de buzones de sugerencias, así como el análisis y respuesta de las quejas presentadas por los usuarios.	Realizar acta de apertura de buzones de sugerencias, en donde se especifiquen fecha y hora de la apertura, y el número de manifestaciones encontradas.	Evidencia de doce (12) Informes de acta de apertura	Nº de Buzones aperturados/Nº buzones institucionales	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
3		Garantizar la recepción, direccionamiento y respuestas de quejas, reclamos y derechos de petición en los términos de ley establecidos	Dar respuesta dentro de los términos de ley a las quejas y reclamos de los usuarios	Evidencia de doce (12) Informes de oportunidad de respuesta de PQRS	Nº de quejas respondidas/ Nº quejas radicadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
4		Garantizar la recepción, direccionamiento y respuestas de quejas, reclamos y derechos de petición en los términos de ley establecidos	Dar respuestas dentro de los términos de ley de los PQRS de riesgo vital dentro de las 24 horas (100%)	Evidencia de doce (12) Informes de oportunidad de respuesta de PQRS de riesgo vital dentro de las 24 horas	Total, de quejas resueltas dentro de los términos de ley /Total de quejas radicadas y clasificadas como riesgo vital *100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
5		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
6		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nºactividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
7		Orientar, educar e informar de manera oportuna a los usuarios los servicios que presta la institución.	Realizar la promoción derechos y deberes para cliente externo de la ESE	Evidencia de doce (12) informes de Derechos y deberes institucional.	No. de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
8		Fortalecer el conocimiento de los derechos y deberes para el cliente interno de la E.S.E	Realizar la promoción derechos y deberes para cliente interno de la ESE	Evidencia de una (1) capacitación en derechos y deberes para el cliente interno.	No. de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
9		Orientar, educar e informar de manera oportuna a los usuarios y funcionarios.	Promover a través de canales de comunicación internos y externos (página web, televisores institucional y radio el portafolio de servicios de la E.S.E	Evidencia de cuatro (4) registros de comunicación en canales internos y externos sobre portafolio.	Nº de capacitaciones realizadas/Nºcapacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
10		Orientar, educar e informar de manera oportuna a los usuarios y funcionarios.	Socializar y Evaluar el manual de atención al usuario con enfoque diferencial.	Evidencia de (2) informes de adherencia al manual de atención al usuario con enfoque diferencial		50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
11		Garantizar la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial buscando su permanencia en el tiempo	Estructurar la estrategia de evaluación para la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial	Evidencia de (1) documento con la estrategia de evaluación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial	Total, de acciones ejecutadas/Total de acciones planteadas *100	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
12		Garantizar la medición de tiempos de espera de manera clara y eficiente.	Realizar la medición herramienta Dinámica Gerencial, se diligencia el número de documento del paciente, donde se evidencia hora de cita, hora de ingreso, hora de salida, tiempo de contacto (min), tiempo de espera (min), fecha de atención, especialista, el cual se ejecuta en el servicio de consulta externa.	Evidencia de doce (12) Informes de medición de tiempos de espera.	No. total de quejas / sugerencias emitidas en buzones	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
13		Garantizar el cumplimiento de la ley 28683 de 2006 y la política institucional de priorización en la atención de los usuarios.	Evaluar la adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial (>=90%).	Evidencia de dos (2) Informes de adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial	Nº de usuarios efectivamente priorizados/Nº muestra programada	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
14		Garantizar el cumplimiento de la ley 28683 de 2006 y la política institucional de priorización en la atención de los usuarios.	Evaluar el grado de satisfacción en la atención a madres gestantes en los diferentes servicios (>=90%).	Evidencia de cuatro(4) Informes de evaluación de la satisfacción en la atención a madres gestantes	Nº de madres gestantes efectivamente satisfechas Nº madres gestantes evaluadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)

15	Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Socialización de las políticas institucionales (Política de Servicio al ciudadano, Política de Participación ciudadana en la gestión pública, Política de Priorización de la atención a poblaciones vulnerables y Política de Responsabilidad social empresarial)	Evidencia de cuatro(4) actas de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Nº de líderes que recibieron la socialización / Total de líderes de la ESE	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
16	Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
17	Emplear actividades que integren y articulen los servicios y trámites para facilitar el acceso de las ciudadanías, a través de ferias y centros integrados de servicios, como parte del desarrollo anual de la estrategia de servicio o relacionamiento con las ciudadanías, en el marco del plan institucional.	Participación en la feria de servicios de la ESE	Acta de participación, registro fotográfico y asistencia	Acta de participación	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
18	Implementar y divulgar el plan de participación por distintos canales invitando a la ciudadanía o grupos de valor a que opinen acerca del mismo a través de la estrategia que se haya definido previamente.	Realizar la divulgación del plan de participación	Evidencia de acta y asistencia de divulgación.	Acta de socialización	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
19		Realizar seguimiento al cronograma del plan de participación ciudadana	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma del plan de participación ciudadana	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
20	Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación de seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	LAURA XIMENA TOVAR
	Profesional de planeación	PABLO LEON PUENTES QUESADA
		Coordinadora de SIAU
		Subdirector Técnico - Científico



AREA	UCIA
------	------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL	Realizar seguimiento a las actividades de seguridad del paciente en la UCI adultos	Realizar revisión diaria del tablero de identificación de cada unidad y diligenciar el libro de ingresos	Evidencia de doce (12) informes relacionados con la revisión diaria del tablero y diligenciamiento del libro de ingresos en el servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Adultos.	Total de pacientes identificados adecuadamente / total de pacientes ingresados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
2			Realizar revisión diaria de la plataforma para verificar correcta clasificación de riesgo de caída del paciente. (Escala de caída de paciente)	Evidencia de (12) informes relacionados con la revisión diaria de la plataforma para verificar la correcta clasificación de riesgo de caída del paciente.	Total de pacientes clasificados adecuadamente en plataforma de riesgo de caída / total de pacientes ingresados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
3			Realizar revisión diaria de la plataforma para verificar la correcta clasificación de riesgo de úlcera por presión del paciente	Evidencia de (12) informes relacionados con la revisión diaria de la plataforma para verificar la correcta clasificación del riesgo de úlcera por presión del paciente.	Total de pacientes clasificados adecuados en plataforma de riesgo de ulcer/a por presión/total de pacientes ingresados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
4			Realizar cronograma de educación continua incluyendo el refuerzo y actualización en la administración segura de medicamentos.	Evidencia de un (1) cronograma elaborado de educación continua para el refuerzo y actualización en la administración segura de pacientes.	Cronograma elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
5		Garantizar la administración segura de medicamentos a los pacientes de la UCI Adultos	Evaluar la adherencia a los procedimientos de administración de medicamentos mediante aplicación de listas de chequeo mensual, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	Evidencia de (4) Informes de evaluación de adherencia de administración de medicamentos mediante aplicación de lista de chequeo.	Total listas que cumplen con la adherencia / total de listas de chequeo aplicadas en seguridad en la admón medicamentos	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
6		Fortalcer los programas de capacitación para el personal del servicio de cuidado intensivo adultos	Ejecutar cronograma de capacitaciones según las fechas fijadas con periodicidad mensual	Evidencia de (4) Actas de capacitación e informe de actividades de gestión del conocimiento, registro fotográfico, de las capacitaciones realizadas de forma física o virtual.	Capacitaciones realizadas /capacitaciones programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
7			Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a protocolos de enfermería, generando las acciones de mejora requeridas. Emitir informe trimestral	Evidencia de (4) informes de Adherencia a los protocolos de enfermería.	No. de ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
8			Realizar la evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario, generando acciones de mejora. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) informes de Adherencia a los protocolos de aislamiento hospitalario.	No. de ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
9		Promover la organización documental del area	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del area	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
10		Garantizar la correcta adherencia de las actividades de cada uno de los bundle (neumonía asociada al ventilador, infección del tracto urinario, acceso vascular central) para prevenir la infecciones asociadas a la atención en salud	Realizar el informe de adherencia	Evidencia (1) informe de adherencia de la realización de los bundle	N° cumplimiento de bundle / N° de pacientes que ingresaron a la UCIA	8,33%	12	Mes	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto

11	Gestión de riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
----	-------------------	---	---	--	-----	---	-----------	-----------	------------	--

Elaborado por:		Revisado por:		Aprobado por:	
ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	ÁNGEL YECID VALENCIA	PABLO LEON PUENTES QUESADA	
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Líder de UCIA	Subdirector Técnico - Científico	



AREA	UCIN
------	------

AÑO	2025
-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META/INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	Garantizar el cumplimiento en la UCI Neonatal del Programa institucional de seguridad del paciente	Realizar la evaluación de adherencia al protocolo de lavado de manos, en las áreas de enfermería, terapia respiratoria, especialistas, generando acciones de mejora, emitir informe trimestral.	Evidencia de cuatro (4) informes de adherencia al protocolo de lavado de manos, realizados por el servicio.	No. De ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
2			Realizar la evaluación de adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario al servicio de enfermería y médicos especialistas, terapia respiratoria, generando acciones de mejora. Emitir informe trimestral.	Realizar cuatro (4) informes a la de evaluación a la adherencia al protocolo de aislamiento hospitalario.	No. De ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
3		Seguimiento a la implementación de procesos de enfermería, terapia respiratoria, especialistas	Aplicación de listas de chequeo de protocolos y guías a especialistas y terapia respiratoria, especialistas. Ejecución de talleres grupo de enfermería (protocolos)	Evidencia de un (1) lista de chequeo terapia respiratoria especialistas : Evidencia de los talleres de enfermería con acta	Socialización realizada evidenciada mediante listado de asistencia	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
4		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
5			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas / Nº actividades programadas	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
6		Garantizar orientación e información oportuna al usuario	Brindar información sobre normas de ingreso y protocolo de lavado de manos a los padres de los recién nacidos	Evidencia de (4) informes sobre el resultado del indicador de aplicación de las normas de ingreso y protocolo de lavado de manos a los padres de los recién nacidos	No. registros realizados de información a los padres de los recién nacidos /No. total pacientes ingresados en el mes	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
7			Realizar educación con el personal asistencial y padres de familia respecto a cuidado del recién nacido en entrenamiento a la familia (madre-padre y familiar) en lactancia materna-cuidados del recién nacido y detección de signos de alarma. (>=90%)	Evidencia de cuatro (4) informes de capacitación de educación al personal asistencial y padres de familia respecto al cuidado del recién nacido en UCI	No. capacitaciones realizadas /No. total de capacitaciones programadas en el mes	25%	4	Trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
8		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
9		Garantizar el cumplimiento de la normatividad del programa plan canguro	Formular la necesidad para proyecto de viabilidad del programa plan canguro	Evidencia de (1) informe de necesidad	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
10		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo a la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de dos (2) reportes de consolidación a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Reportes de consolidación a la matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal

Elaborado por:

ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO	ORIGINAL FIRMADO
MARIA JOSE FIERRO RINCON	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	HERNANDO CASTRO PARRA	NIDIA PATRICIA BARRERA	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Profesional de planeación	Coordinadora de UCIN	Subdirector Técnico - Científico

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL								Código: A2FO1061 - 001
	GARZÓN HUILA								Versión: 02
	NIT: 891.180.026-5								
	PLAN DE ACCIÓN								Vigencia: 16/01/2025

ÁREA	URGENCIAS	AÑO	2025
------	-----------	-----	------

No.	ÁREA DE GESTIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDAD (ES) A DESARROLLAR	PRODUCTO ESPERADO POR ACTIVIDAD	INDICADOR DE GESTIÓN	VALOR ACCIÓN	META / INDICADOR	PERIODICIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	UNIDAD FUNCIONAL RESPONSABLE
1	CLINICA O ASISTENCIAL	Identificar fallas de calidad en los casos de mortalidad menor a 48 horas	Realizar informe de mortalidad mayor a 48 horas del servicio de urgencias.	Evidencia de (12) informes de análisis de mortalidad para identificar demoras y fallas de calidad	(No. muertes menor a 48 horas institucionales / Total de muertes)*100	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
2		Garantizar procesos de formación continua al personal asistencial	Realizar capacitaciones al personal médico en las principales patologías de atención y socialización de las Guías de práctica clínica.	Evidencia de (12) actas de capacitación de asistencia física o virtual con respectiva firma, que incluya evidencia fotográfica.	No. capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
3		Garantizar el acceso al servicio	Realizar la medición de pacientes que acceden al servicio de urgencias	Evidencia de (12) informes de indicadores de acceso al servicio de urgencias	No. De pacientes atendidos en urgencias / No. pacientes quienes solicitan atención en el servicio de urgencias	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
4		Garantizar la atención oportuna en TRIAGE II	Realizar seguimiento mensual a la oportunidad de TRIAGE II y establecer acciones de mejora frente a desviaciones (<30 minutos)	Evidencia de (12) informes de indicador de oportunidad de TRIAGE II en el servicio de urgencias	No. minutos transcurridos a partir del que paciente es clasificado triage II y el momento en el cual es atendido en consulta de urgencias por médico / total de usuarios clasificados de triage II	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
5		Identificar a los pacientes que ingresa con signos de violencia	Realizar seguimiento a los pacientes que ingresan al servicio de urgencias con signos de violencia (física y sexual).	Evidencia de (12) informes del ingreso de pacientes con signos de violencia	No. de informes presentados/Total No. de informes programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
6		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2025	31/01/2025	Unidad Funcional Urgencias
7		Seguimiento al cronograma de capacitación	Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	trimestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
8		Promover la organización documental del área	Realizar informe de gestión sobre el inventario documental del área	Evidencia de (1) informe de gestión de inventario documental	consolidar inventario documental (excel)	100%	1	Anual	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias
9		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados	Evidencia de (2) reportes de consolidación a los riesgos de la Unidad Funcional de Urgencia y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Reporte de matriz de riesgos.	50%	2	Semestral	1/01/2025	31/12/2025	Unidad Funcional Urgencias

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ORIGINAL FIRMADO MARIA JOSE FIERRO RINCON	ORIGINAL FIRMADO EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	ORIGINAL FIRMADO HERNANDO CASTRO PARRA
Profesional de planeación	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	FAIVER LOSADA PABLO LEON PUENTES QUESADA
		Líder Urgencias Subdirector Técnico - Científico