



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA TRANSPORTE BÁSICO Y MEDICALIZADO								AÑO	2026	
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	Informar dificultades en remisión de usuarios a las partes interesadas	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
2		Garantizar procesos de formación continua al personal asistencial	Socializar el Manual de Referencia y contrarreferencia al personal de los servicios de traslado asistencial básico, 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
3		Garantizar procesos seguros de traslados de pacientes	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
5		Garantizar el acceso al servicio	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
7		Informar dificultades en el diligenciamiento del Anexo No. 09	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 diligenció el formato de no aceptación / Total de pacientes no aceptados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
8		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
9		Promover la organización documental del área	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
10		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nºactividades programadas	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
11		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
12		Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. de tips cumplidos / 16 tips evaluados	9,09%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
13		Realizar actualización y generación de documentos	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
14		Realizar socialización de documentos	Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
15		Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
16		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
17		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad del paciente	Realizar reporte de eventos adversos, cuando haya ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado
18		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado

Elaborado por:	Original firmado	Original firmado	Original firmado	Elaborado, Revisado y Aprobado por:
YIZZA DAYANNA BARRERA ARRIGUI	YIZZA DAYANNA BARRERA ARRIGUI	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA	
Líder de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico		



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

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

AÑO	2026
-----	------

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	1/01/2026	31/12/2026	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 ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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 ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
6		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización (los que aplique)	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. de tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,09%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
8			Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
9			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
10		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,10%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
11			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
12			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
14		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
15				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida al plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
16		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando haya ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica
17		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica

Elaborado por:	Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado
DIANA YISEL JIMENEZ CASTRO	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES
Gestora Centro Integral de Terapias	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos
	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	CIRUGIA		AÑO	2026							
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	1/01/2026	31/01/2026	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 (6) 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	1/01/2026	31/01/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
3		Evaluar la adherencia a procesos y procedimientos de cirugía.	Aplicar lista de chequeo para evaluacion 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	1/01/2026	31/01/2026	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 medico general / No. de pacientes intervenidos en el servicio de cirugía	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/01/2026
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) matriz de indicadores donde se evidencia el presente indicador	Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución / Número total de cirugías programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/01/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
6			Realizar seguimiento al motivo cancelación de cirugías por parte de los pacientes	Evidencia de doce (12) pantallazos de la diapositiva donde especifique el motivo de cancelación	Número de informes relacionados con cancelación de cirugías / Total de informes programados en el periodo	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/01/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategicas de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
8			Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
9		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
10			Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / Nº total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
11		Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingenieria de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos	
12			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
14			Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
15		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
16			Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
17				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos

18	Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos
19	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	1/01/2026	31/01/2026	Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:		
Original firmado	Original firmado	Original firmado		
LINA MARIA GUZMAN PERDOMO	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA		
Lider servicios quirúrgicos	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico		

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL GÁLDAR - HUILA</p>	PLAN DE ACCIÓN	Código: A2FO1061 - 001
		Versión: 03
		Vigencia: 16/01/2026

AREA	CONSULTA EXTERNA	AÑO	2026								
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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
6			Aplicar lista de chequeo para medir adherencia a procedimientos institucionales. Generar planes de mejoramiento si aplica. Emisir 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
7		Garantizar el uso del formato de anexo No.10 (contrarreferencia) en los usuarios aceptados de forma ambulatoria por parte de la ESE	Garantizar el cumplimiento en el envío del formato de anexo No.10 (contrarreferencia) 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 Factor 100	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
		Garantizar la gestión y el seguimiento de las lista de espera mediante actualización 2 veces por semana de la base de datos, priorizando el agendamiento por criterios clínicos	Reducir tiempos de respuesta y asegurar la oportunidad de la atención a los pacientes	Evidencia de (12) Matriz de seguimiento	Nº de pacientes con citas asignadas que estaban en lista de espera / total de pacientes en lista de espera	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
9		Establecer un mecanismo de comunicación efectivo para el agendamiento de citas	Realizar seguimiento a los mecanismos de comunicación para la agendamiento de citas	Evidencia (2) informe de evaluación de los mecanismos de comunicación para el agendamiento de citas	Informe de evaluación y seguimiento	50%	2	semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. de tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
8		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
9			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
10		Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
12		Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Consulta Externa	
13		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Consulta Externa	
14		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nºde pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
15		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área, superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
16				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa

19		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad del paciente	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa
22		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 los riesgos y elaborar plan de mejora, si se requiere	Reportes de consolidación a los riesgos de la unidad funcional	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Consulta Externa

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado	Original firmado
YEIMY YULIETH MEDINA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider Consulta Externa	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

AREA	EPIDEMIOLOGIA		AÑO	2026								
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	Realizar la notificación de los eventos de interés en salud pública de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos, responsabilidad, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada		Realizar la actualización del aplicativo SIVIGILA según lineamientos vigentes para la prevención, vigilancia y control en salud pública del Instituto Nacional de Salud (INS)	Evidencia del Aplicativo SIVIGILA 2024 actualizado	No. actualizaciones aplicativo SIVIGILA 2021 realizadas/No. de actualizaciones aplicativo SIVIGILA 2021 a las que hubiere lugar * (Fac) 100 = (Res) Proporción de ACTUALIZACIÓN APPLICATIVO SIVIGILA 2021	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
2			Actualización de la caracterización de la UPGD (Unidad Primaria Generadora de Datos) para la vigilancia en salud pública vigencia 2024 como operador del sistema de información SIVIGILA	Evidencia de la Ficha de caracterización de la UPGD SIVIGILA 2024	No. actualizaciones de la caracterización como UPGD para la vigencia 2024 realizadas/No. de actualizaciones de la caracterización como UPGD a las que hubiere lugar * (Fac) 100 = (Res) Proporción de ACTUALIZACIÓN CARACTERIZACIÓN UPGD 2024	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
3			Realizar la búsqueda activa institucional diaria de eventos de interés en salud pública mediante revisión de registros e historias clínicas según reporte de aplicativo Censo Diario Epidemiología	Evidencia de Informe .PDF de base de datos .xlsx "BAI_EISP_DIARIO" (Eventos de salud publica)	(Num) No. de meses con cumplimiento de la BAI por censo diario / (Den) No. meses de la vigencia 2023* (Fac) 100 = (Res) Proporción de BAI POR CENSO DIARIO	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
4			Búsqueda activa institucional de forma trimestral de eventos de interés en salud pública mediante RIPS, a través del módulo de Base de datos .xlsx "BAI_TRIMESTRAL_SIANIESP"	Evidencia de cuatro (4) búsquedas activas mediante Evidencia de cuatro (4) informes o archivos planos cargados al aplicativo SIVIGILA garantizando una oportunidad en la notificación semanal máximo de 8 días calendario. (>= 90%)	(Num) No. de trimestres con cumplimiento de la BAI por SIANIESP / (Den) No. trimestres de la vigencia 2023* (Fac) 100 = (Res) Proporción de BAI TRIMESTRAL POR SIANIESP	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
5			Realizar la generación, revisión y envío de archivos planos cargados al aplicativo SIVIGILA garantizando una oportunidad en la notificación semanal máximo de 8 días calendario. (>= 90%)	Evidencia de cuatro (4) informes o archivos planos cargados al aplicativo SIVIGILA en donde se garante la oportunidad en la notificación semanal máximo 8 días calendario.	(Num) No. de semanas con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatoria / (Den) No. semanas epidemiológicas de la vigencia 2023 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN EL REPORTE SEMANAL OBLIGATORIO	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
6			Generación, revisión y envío de archivos planos cargados al aplicativo SIVIGILA con la periodicidad establecida garantizando ausencia de silencio epidemiológico en el subsistema de información SIVIGILA	Evidencia de cuatro (4) informes o archivos planos cargados al aplicativo SIVIGILA garantizando ausencia de silencio epidemiológico en SIVIGILA	(Num) No. Semanas epidemiológicas con silencio epidemiológico / (Den) No. Semanas epidemiológicas notificadas a la fecha * (Fac) 100 = (Res) Proporción de SILENCIO EPIDEMIOLÓGICO	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
7			Ingresar al sistema de información Sivigila, los casos que requieren ajuste y que fueron notificados durante el año epidemiológico 2024, los cuales deben reflejarse en el sistema de información con fecha límite del 06 de marzo de 2025. (Mínimo 90%)	Evidencia de cuatro (4) informes de Base de datos .xlsx Sivigila, ajuste de casos notificados	(Num) No. Casos ajustados / (Den) No. Casos notificados durante la vigencia 2023 que requieren ajuste (según retroalimentación de resultados de laboratorios de referencia de UNO o INS) * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CASOS VIGENCIA 2017 AJUSTADOS	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
8			Estimar la incidencia de Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD) en UCI adultos y neonatal e Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en servicios NO UCI. Generación, revisión y envío de la notificación obligatoria mediante el aplicativo SIVIGILA con la periodicidad establecida evitando silencio epidemiológico (Mínimo 90%)	Evidencia de doce (12) Informes Notificación IAAS INS y/o Aplicativo SIVIGILA	(Num) No. de períodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatoria de IAD-IAAS / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2023 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN LA ESTIMACION DE INCIDENCIA Y REPORTE OBLIGATORIO IAD/IAAS	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
9			Estimar la prevalencia de aislamientos bacterianos obtenidos de muestras clínicas de pacientes en los servicios de UCI y servicios NO UCI. Generación, revisión y envío de Bases de datos formato Whonet (Mínimo 90%)	Evidencia de doce (12) archivos (informes) en formato Whonet	(Num) No. de períodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatoria de Base de datos de resistencia bacteriana en formato Whonet / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021* (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN LA ESTIMACION DE INCIDENCIA Y REPORTE OBLIGATORIO DE RESISTENCIA BACTERIANA	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
10			Controlar y reducir la incidencia, y prevenir la aparición 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 este evento de interés en salud pública	Determinar la incidencia del consumo y estimar las tendencias del uso de los principales antibióticos de 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 períodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte de incidencia de CAB y análisis de las tendencias de uso / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021* (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN LA ESTIMACION DE INCIDENCIA Y USO DE ANTBÍOTICOS	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	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 períodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de aislamiento hospitalario / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021* (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN EL FOMENTO DE LA PRACTICA DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	

12	CLÍNICA O ASISTENCIAL	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 períodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de limpieza y desinfección / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN EL FOMENTO DE LA PRÁCTICA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
13		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 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 . En caso de no generar correcciones se expedirá certificado por la líder de la unidad funcional.	(Num) No. de períodos epidemiológicos con cumplimiento en la corrección 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 / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN LA CORRECCIÓN DE INCONSISTENCIAS U OMISIONES EN EL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública	
14		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 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 los médicos responsables; garantizando la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	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 períodos epidemiológicos con cumplimiento en la gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma "Registro Único de Afiliados a la Protección Social" https://nd.ruaf.gov.co / (Den) No. períodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMENTO EN LA GESTIÓN DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
15		Realizar la vigilancia epidemiológica y auditoría 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 auditoría mensual a mortalidad mayor a 48 horas	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
16		Información educación a pacientes	Ofrecer información y educación a pacientes en eventos en interés de Salud pública en las patologías que apliquen	Evidencia de doce (12) listas de asistencia.	Lista de asistencia diligenciadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
17		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
18		Reducir la incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en el año 2026, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica institucional, la adherencia a las estrategias de prevención y el uso de la información para la toma de decisiones, en concordancia con los lineamientos normativos y los estándares de calidad y seguridad del paciente.	Actualizar la gestión documental institucional relacionada con la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), priorizando los protocolos (ISO, ITS, ITUAC, NAV, entre otros), garantizando su coherencia normativa, control de versiones, vigencia documental y alineación con los lineamientos técnicos del INS y los estándares de calidad y seguridad del paciente.	Sistema de gestión documental actualizado de los protocolos institucionales de prevención de IAAS, que incluya protocolos vigentes y estandarizados (ISO, ITS, ITUAC, NAV, entre otros), con control de versiones, fechas de vigencia definidas, trazabilidad, actualizaciones y alineación con los lineamientos técnicos del INS.	Porcentaje de protocolos institucionales de prevención de IAAS actualizados y vigentes / respecto al total de protocolos identificados como desactualizados	100%	1	Anual	1/01/2026	1/06/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
19			Realizar análisis epidemiológico mensual de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), mediante la revisión sistemática de tendencias, tasas, servicios priorizados, identificación de factores de riesgo y formulación de acciones de mejora con seguimiento documentado.	Informes epidemiológicos institucionales de análisis de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), que incluyan análisis de tendencias, tasas, servicios priorizados, identificación de factores de riesgo y formulación de acciones de mejora con seguimiento documentado.	Porcentaje de análisis epidemiológicos de IAAS realizados y socializados, respecto al total de análisis programados en el periodo.	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
20			Identificar brechas, responsables, para orientar la toma de decisiones y formular acciones de mejora continua alineadas con los estándares de calidad y seguridad del paciente.	Evidencia (12) reportes a subdirección científica las unidades asistenciales evaluadas	Nº de unidades funcionales evaluadas / N° total de unidades funcionales a evaluar	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
21		Incrementar la adherencia a los procesos de limpieza y desinfección institucional en 2026, mediante evaluación continua del cumplimiento, fortalecimiento de competencias del personal y uso de indicadores como herramienta de mejora, en concordancia con los estándares de calidad, seguridad del paciente y acreditación en salud.	Actualizar el protocolo institucional de limpieza y desinfección, incorporando el nuevo producto utilizado, y realizar su socialización en todos los servicios asistenciales y de apoyo, garantizando la estandarización del proceso, el conocimiento del personal y la adherencia a los lineamientos institucionales y de calidad.	Protocolo institucional de limpieza y desinfección actualizado y vigente, que incorpore el nuevo producto utilizado, con registros de socialización y cobertura del 100 % de los servicios asistenciales y de apoyo.	Porcentaje de servicios institucionales con el protocolo de limpieza y desinfección actualizado y socializado.	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
22			Realizar seguimiento estricto al cumplimiento de los procesos de limpieza y desinfección, mediante la aplicación sistemática de luminometría (West Scan) y listas de verificación (check list) implementando un abordaje diferenciado y acciones correctivas específicas en los servicios cuya adherencia sea inferior al 90 % con el fin de mejorar la efectividad del proceso y garantizar la mejora continua.	Registros sistemáticos de evaluación de limpieza y desinfección mediante luminometría (West Scan) y listas de verificación, con informes de resultados, identificación de servicios con adherencia inferior al 90 % y planes de mejora específicos con seguimiento documentado.	Porcentaje de evaluaciones de limpieza y desinfección realizadas mediante luminometría (West Scan) y check list, respecto al total de evaluaciones programadas.	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
23		Fortalecer y evaluar la adherencia a las medidas de aislamiento hospitalario, mediante seguimiento sistemático, observación en sitio y uso de listas de verificación, con el fin de asegurar el cumplimiento de los protocolos institucionales, reducir el riesgo de transmisión cruzada y promover prácticas seguras conforme a los estándares de calidad y seguridad del paciente.	Realizar seguimiento sistemático a la adherencia de las medidas de aislamiento hospitalario, mediante observación directa en los servicios, aplicación de listas de verificación y retroalimentación al acompañamiento en sitio, retroalimentación al personal asistencial, con el fin de garantizar el cumplimiento de los protocolos institucionales, disminuir el riesgo de transmisión cruzada y fortalecer la seguridad del paciente	Registros de intervención y seguimiento a los servicios con adherencia inferior al 90 % en medidas de aislamiento hospitalario, que incluyan el acompañamiento en sitio, retroalimentación al personal, acciones correctivas implementadas y verificación de la mejora en el cumplimiento y enviar porcentaje (calificación) al líder del área antes del comité	Porcentaje de servicios con adherencia inferior al 90 % en aislamiento hospitalario que reciben intervención directa, respecto al total de servicios identificados con bajo cumplimiento.	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
24			Evaluar la trazabilidad de las medidas de aislamiento hospitalario desde la indicación clínica hasta su ejecución en el servicio, mediante revisión de historias clínicas, señalización, disponibilidad de insumos y cumplimiento en la práctica, identificando fallas del proceso y generando acciones de mejora con seguimiento, indicación de el mismo validado por epidemiología o infectología	Informes de evaluación de trazabilidad del aislamiento hospitalario mediante paciente trazador	Porcentaje de evaluaciones de trazabilidad del aislamiento hospitalario realizadas, respecto al total de evaluaciones programadas en el periodo.	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública

25		Fortalecer el adecuado diligenciamiento del certificado de defunción durante la vigencia, garantizando la correcta identificación de las muertes no naturales que deben ser certificadas por Medicina Legal, en concordancia con la normatividad vigente, los lineamientos del INS y DANE, y los estándares de calidad del registro de estadísticas vitales.	Implementar un proceso de verificación epidemiológica y administrativa del diligenciamiento del certificado de defunción orientado a identificar oportunamente los casos de muerte no natural que deben ser remitidos a Medicina Legal, mediante revisión de la historia clínica, causa de muerte consignada y coherencia con los eventos registrados, con retroalimentación y seguimiento a los casos identificados.	Registros de verificación del diligenciamiento de los certificados de defunción, que incluyan la identificación de muertes no naturales, la correcta remisión a Medicina Legal, retroalimentación a los profesionales responsables y seguimiento a los casos intervenidos.	Porcentaje de certificados de defunción verificados que presentan correcta identificación de muerte no natural y remisión a Medicina Legal, respecto al total de certificados de defunción verificados en el periodo.	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública
26		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 la matriz de riesgo y plan de mejora elaborado, si se requiere	Reportes de consolidación matriz de riesgo	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:		
Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado
ESTEFANY CRUZ VALDERRAMA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA		
Lider de epidemiologia y salud publica	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico		

	PLAN DE ACCIÓN	Código: A2FO1061 - 001
		Versión: 03
		Vigencia: 16/01/2026

ÁREA		ESTERILIZACIÓN				AÑO	2026					
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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización	
5			Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización
8			Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. de tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,09%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización
9			Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Esterilización
10				Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Esterilización
11				Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Esterilización
12				Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Esterilización
13			Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	9,09%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización
14			Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización
15					Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización

16	Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización
17	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Esterilización

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
<i>Original firmado</i>	<i>Original firmado</i>	<i>Original firmado</i>
DIANA CRISTINA RUBIANO VALENCIA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Gestora del proceso de esterilización	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001
Versión: 03
Vigencia: 16/01/2026

AREA	FARMACIA	AÑO	2026
------	----------	-----	------

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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
2			Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	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.	Evidencia de doce (12) Actas de capacitación a los funcionarios del servicio farmacéutico, cronograma de capacitación e evaluacion.	Nº capacitaciones realizadas / Nº capacitaciones programadas Factor 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
4			Realizar el pre y post test	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)	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
8		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
9		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategicas de implementación para el cumplimiento (los que aplique)	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
10			Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
11		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
12			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (2) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
13			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
14		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
15		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando haya ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico
16		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional servicio farmacéutico

Elaborado por:

Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado
ALEX MIGUEL ECHEVERRIA RIVERA	SANTIAGO CONDE LAVERDE	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Quimico farmaceutico	Quimico farmaceutico	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	MEJORAMIENTO CONTINUO	AÑO	2026
------	-----------------------	-----	------

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	Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud : HABILITACION		Definición equipo autoevaluador de habilitación, capacitación y cronograma	Evidencia de (1) Socialización servicios ofrecidos REPS, acta, cronograma y registro fotográfico, lista asistencia.	Informe y los respectivos anexos.	100%	1	Anual	1/02/2026	31/03/2026	Unidad funcional de calidad
2			Realizar autoevaluación de estándares habilitación institucional	Informe de autoevaluación, listas de chequeo y plan de mejoramiento de los estándares verificados	Informe y los respectivos anexos para seguimiento.	100%	1	Anual	1/02/2026	31/03/2026	Unidad funcional de calidad
3			Realizar seguimiento a los servicios y áreas con oportunidad de mejora encontradas en la autoevaluación de habilitación	Consolidado de las oportunidades de mejora derivadas de la autoevaluación. Informe mensual del seguimiento y su estado	Informes relanzados /informes planteados	100%	8	Mensual	1/04/2026	30/11/2026	Unidad funcional de calidad
4			Realizar diagnóstico de la gestión documental de acuerdo a los procesos prioritarios de habilitación que contenga: Tipo documento código Servicio /area Version y fecha No aprobacion motivo actualizacion Propio o adoptado institución fecha de socialización soporte socialización	Informe diagnóstico que lleve: Total documentos clasiificación tipo de documento clasiificación por servicios Documentos para actualizar que tengan fecha antes de la vigencia 2024 Total documentos propios Total documentos con evidencia de socialización	matriz diligenciada	100%	1	Anual	1/02/2026	31/03/2026	Unidad funcional de calidad
5			Realizar seguimiento a la creación, actualización y socialización de acuerdo al diagnóstico de procesos prioritarios habilitación	Evidencia de documentos por servicio creados, actualizados y socializados	Número de documentos actualizado / número de documentos que requieren actualización	100%	1	anual	1/02/2026	31/05/2026	Unidad funcional de calidad
6			Documentar, aprobar y socializar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC	Evidencia de 3 documentos PAMEC, resolución de aprobación y acta de socialización	El documento PAMEC, resolución de aprobación y acta de socialización	100%	1	Anual	20/01/2026	25/02/2026	Unidad funcional de calidad
7			Documentar La Ruta Crítica de Pamec demostrando el seguimiento al cumplimiento de cada uno de los pasos.	Ruta crítica de Pamec, (cronograma)	Ruta crítica de Pamec, (cronograma)	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
8			Seguimiento al cumplimiento de cada uno de los pasos de la ruta crítica	Seguimiento mensual en comités	actas de comités mensual	100%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
9			Realizar los comités del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud	Evidencia de doce (12) Actas de comité PAMEC	No. De comité realizados / No. De comités programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
10			Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora propuestas a los procesos priorizados (90%)	Matriz de seguimiento posterior a la documentación del plan de acción	Relación del número de acciones de mejora ejecutadas/ número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia registradas en el PAMEC.	100%	1	Anual	1/06/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
11			Alistar y acompañar auditorias externas	consolidar actas de las auditorias externas	Actas recepcionadas	50%	2	Semestral	20/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
12			Realizar seguimiento las oportunidades de mejora derivadas de las auditorias externas	Evidencia (2) Matriz de seguimiento	relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditoría externa / número de acciones de mejoramiento derivadas de los planes de mejora de las auditorías externas.	50%	2	Semestral	20/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
13			Presentar el plan de auditorias internas según los servicios priorizados en el documento PAMEC vigencia 2026 - cronograma	Evidencia de (1) plan de auditorias internas de la vigencia - cronograma	Cronograma	100%	1	Anual	20/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
14			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	Matriz de seguimiento	relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditoría interna / número de acciones de mejoramiento programadas derivadas de los planes de mejora del componente de auditorías internas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad

15	Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud : ACREDITACION	Realizar capacitación sobre el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud con énfasis en acreditación en salud	Evidencia de dos (2) soportes de capacitación física o virtual, registro fotográfico o listado de asistencia a las capacitaciones sobre el SOGC ACREDITACION	Número de capacitaciones realizadas/ número de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad	
16		Realizar autoevaluación de estándares de calidad de acuerdo al Manual de Estándares del Minsalud.	Evidencia de (1) autoevaluación estándares 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	1/02/2026	1/03/2026	Unidad funcional de calidad	
17		Matriz de lecciones aprendidas y mejora continua en acreditacion	Matriz de lecciones aprendidas y mejora continua en acreditacion	Matriz con los estandares intervenidos por vigencia	100%	1	Anual	1/02/2026	1/03/2026	Unidad funcional de calidad	
18		Revisar y actualizar de acuerdo al comportamiento, normatividad y observatorio de calidad MINSALUD las metas de los indicadores del sistema obligatorio de garantía de calidad	cuadro de relación de las metas definidas para la vigencia 2026	Acta definición de metas vigencia 2026	100%	1	Anual	1/02/2026	1/03/2026	Unidad funcional de calidad	
19		Efectuar la consolidación y análisis trimestral de los indicadores institucionales asistenciales, identificando desviaciones frente a las metas	Evidencia de (4) informes de indicadores institucionales	Número indicadores reportados oportunamente /Número de indicadores a reportar *100	100	100%	1	Anual	1/01/2025	Unidad funcional de calidad	
20		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad	
21		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad	
22		Realizar el diligenciamiento a ficha técnica al indicador de oportunidad de asignación de cita de medicina interna.	Evidencia de doce (12) informes mensuales del indicador tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna.	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó / Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas.	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad	
23		Enviar relacion de usuarios que inasisten a las citas de especialistas a cada una de las EPS para que tomen correctivos necesarios	Evidencia de doce (12) informes que relacione las inasistencias por eps y soporte de envio 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	1/01/2026	31/12/2026	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	Total de colaboradores a quienes se les realiza inducción y reinducción referidos por talento Humano	Total de colaboradores a quienes se les realiza inducción	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
25		Actualizar, socializar y promover el cumplimiento de la política de Calidad institucional a cargo de la unidad funcional	Política de calidad en salud actualizada y socializada	Evidencia de (1) documento de la politica actualizada y socializacion	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
26	Cumplir con las disposiciones legales relacionadas con la ejecución de los comités normativos obligatorios asistenciales (Historia Clínica, COVE, PROA, IAAS, Seguridad del paciente, farmacia, IAMI..) 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 auditoria al cronograma establecido de comites asistenciales obligatorios y el cumplimiento de la ejecución de las actas de acuerdo al acto administrativo y matriz de seguimiento.	Evidencia de 6 matriz de auditoria a seguentes de comites	No de cumplimiento de los compromisos establecidos en Comites/Total de compromisos establecidos por comites institucionales. * 100	25,00%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad	

27	Estar en la Institución	Estar en la Institución	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	1/01/2026	31/12/2026
28	Garantizar la Oportunidad en la realización de Apendicectomía, por parte del equipo médico y de especialistas.	Realizar auditoría 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 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	1/01/2026	31/12/2026
29	Garantizar la Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	Realizar auditoría 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 del 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	1/01/2026	31/12/2026
30	Garantizar el correcto diligenciamiento de historias clínicas en los diferentes servicios	Realizar auditoría 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	1/01/2026	31/12/2026
31	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	1/01/2026	31/12/2026
32		Realizar evaluación a la adherencia de guías institucionales: guía de manejo específica para trastornos hipertensivo del embarazo.	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 trastornos hipertensivos 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 trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026
33	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. ($\geq 0,9$)	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	1/01/2026	31/12/2026

34	Evaluación, seguimiento y retroalimentación de los hallazgos relevantes en unidades de análisis institucionales	Analizar historias clínicas que apliquen para análisis clasificando las demoras tipo 4 atribuidas a la institución, al paciente y a su entidad promotora de salud	Evidencia de (4) certificaciones por parte del subdirector y auditora médica especificando cuantas unidades de análisis se realizaron durante el trimestre	Certificado de unidades de análisis	25,00%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
35	Fortalecer el plan padrino para el mejoramiento continuo de la ESE	Establecer equipos de trabajo, para acompañamiento dentro de la estrategia del PLAN PADRINO	Grupo de trabajo establecidos y cronograma de trabajo del PLAN PADRINO	Acta de conformación y cronograma de trabajo	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
36		Realizar acompañamientos dentro de la estrategia del PLAN PADRINO	Formato de acompañamiento realizados al servicio asignado dentro del plan padrino	No de acompañamientos realizados / Total de acompañamientos plan padrino programadas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
37	Fortalecer la auditoría con la metodología de paciente trazador	Documentar la metodología de Auditoría de paciente Trazador (Infarto, apendice, código rojo, asfixia perinatal, primera causa ingreso y egreso, colectomía).	Evidencia de (1) documento con la metodología de auditoría de paciente trazador	Documento aprobado y Herramienta diligenciada	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad funcional de calidad
38		Evaluar mediante la herramienta descrita en el protocolo la auditoría de paciente trazador	Evidencia (3) herramientas diligenciadas							Unidad funcional de calidad

Elaborado por:

Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado
MONICA CHAVARRO FERNANDEZ	ADRIANA LISSETH ROJAS ESCARRAGA	ELCIRA BARREIRO GUTIERREZ	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider Mejoramiento Continuo	Auditora Medica	Profesional sistemas de información	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAUL ESMERALDAS GARCÓN - HUA</p>	PLAN DE ACCIÓN	Código: A2FO1061 - 001
		Versión: 03
		Vigencia: 16/01/2026

AREA	HOSPITALIZACIÓN	AÑO	2026
------	-----------------	-----	------

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	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
3		Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del area	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
4			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nºactividades programadas	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
5		Socializar la actualización de los manuales administrativos y asistenciales con el personal de enfermería, con el propósito de dar a conocer los cambios realizados, asegurar su correcta comprensión y aplicación, y fortalecer la gestión administrativa y la calidad de la atención conforme a la normativa vigente.	Realizar jornadas de capacitación de manuales administrativos y asistenciales de enfermería, realizar pre y post y análisis de los resultados	Enviar acta de capacitaciones y listado de asistencias del personal asistencial	verificación de las actas y listados de asistencias	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
6		Garantizar la adherencia institucional a los procedimientos de cateterismo vesical, y a los protocolos establecidos, con el fin de asegurar la seguridad del paciente en la atención de enfermería.	Evaluar la adherencia a los procedimientos de cateterismo vesical mediante la aplicación de listas de chequeo mensuales, 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	25%	4	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
8		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
9			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
10			Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
11			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
12			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nºde pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
14		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
15				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica

16		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
17				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
18		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica
19		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación general adultos y pediátrica

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado	Original firmado
ELIANA MARGARITA ECHEVERRIA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Enfermera de apoyo a coordinación de enfermería	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001
Versión: 03
Vigencia: 16/01/2026

AREA	HUMANIZACION	AÑO	2026								
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 formación y acompañamiento al talento humano de la E.S.E	Elaborar cronograma de actividades de capacitación en la vigencia 2026	Evidencia de un (1) cronograma elaborado	Cronograma elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/01/2026	Programa Humanización
2			Ejecutar cronograma * Plan de socialización y acompañamiento psicosocial al talento humano del hospital de actividades programadas para el año 2026 y presentar informe	Evidencia de (11) informes de actividades incluidas en el cronograma ejecutado durante el periodo.	No. De acciones ejecutadas / Número de acciones programadas	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Programa Humanización
3		Difundir y evaluar el programa de humanización en las diferentes áreas del hospital.	Realizar la difusión del programa de humanización mediante campañas, talleres y capacitaciones al personal de la E.S.E	Evidencia de (12) informes de difusión del programa de humanización realizadas durante el periodo establecido.	Capacitaciones de humanización realizadas / Capacitaciones de humanización programadas	10%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
4			Emir informe mensual	Evidencia de realización a la Feria	Feria de capacitación	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
5		Sensibilizar a los empleados del HDSVP mediante el despliegue de impacto visual de contenidos de humanización.	Coordinar Feria de capacitación para los diferentes servicios en temas del programa de humanización.	Evidencia de realización a la Feria	Feria de capacitación	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
6			Incluir elementos de humanización en el ambiente físico institucional tales como campañas virtuales, pendones, folletos de acuerdo a la disponibilidad de recursos.	Evidencia de tres (3) informes de campañas publicitarias realizadas de manera virtual o física.	Número de elementos de impacto visual ubicados en el ambiente físico o virtual.	33%	3	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
7		Socializar con el personal el protocolo de bienvenida, estancia y despedida del usuario y su familia	Realizar la difusión del protocolo de bienvenida, estancia y despedida con el personal de la E.S.E. y presentar informe	Evidencia de tres (3) informes trimestrales de la socialización del protocolo de bienvenida, estancia y despedida del usuario y su familia.	Numero funcionarios capacitados con el protocolo/ número de funcionarios de la ese *100	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
8			Medir la percepción de la humanización en el cliente interno	Evidencia de (3) informes de medición de la percepción del programa de humanización.	Nº Item cumplidos/Total de item evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
9		Medir en los usuarios la percepción de la humanización en la prestación de servicios	Medir la percepción de la humanización en los diferentes servicios de la ESE (cliente externo) a través de encuestas. Informe trimestral	Evidencia de (3) informes de medición de la percepción del programa de humanización.	Nº Item cumplidos/Total de item evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
10			Actualización de las políticas institucionales (Política de Humanización con sus respectivos indicadores)	Evidencia de (1) política actualizada y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Politica actualizada (indicadores)	100%	1	Anual	1/01/2026	28/02/2026	Programa Humanización
11		Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional	Socialización de las políticas institucionales (Política de Humanización)	Evidencia de (2) actas de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador)	Numero funcionarios capacitados con la política de humanización/ número de funcionarios de la ese *100	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización
12			Garantizar acompañamiento humanoizado al cliente interno y externo	Presentar consolidado del acompañamiento humanoizado a usuarios y familiares (cliente interno y externo).	Evidencia de (2) excell con acompañamiento con acompañamiento humanoizado a usuarios y familiares	Nº reportes realizados/Total de reportes programados	8,33%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026
13		Garantizar la prestación de servicios de salud con un enfoque humanoizado mediante la implementación y seguimiento de los 16 tips de humanización	Evaluar e inspeccionar el cumplimiento de los 16 tips de humanización mediante rondas aleatorias por servicio	Evidencia de (11) listas aplicadas con el respectivo ranking de lo inspeccionado	Número de servicios con cumplimiento >90% / Total de servicios evaluados x 100	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Programa Humanización
14			Promover la comparación sistemática con referentes internos, nacionales	Presentar informe consolidado de la referencia realizada	Evidencia de (1) informe consolidado donde se evidencie las acciones implementadas en la institución	100,000%	1	Anual	1/01/2026	31/10/2026	Programa Humanización
		Gestión del riesgo	Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en el programa 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 del programa de humanización y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Nº reportes realizados/Total de reportes programados	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Programa Humanización

Elaborado por:	Original firmado	Elaborado, Revisado y Aprobado por:	Original firmado
MONICA CHAVARRO FERNANDEZ	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	MAGDA TORRES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider Mejoramiento Continuo	Profesional de ingeniería de procesos	Referente humanización	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	IAmII - VACUNACIÓN
------	--------------------

AÑO	2026
-----	------

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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
2		Aplicar el formulario de autoapreciación para monitorear el cumplimiento y los avances en el desarrollo de la implementación de la política	Realizar el diligenciamiento y envío del formato de autoapreciacion IAMII	Informe del resultado de la Autoapreciacion	No pasos de cumplimiento/ Total de los pasos autoevaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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, agremiados y contratistas), de forma acumulativa minimo 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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	Realizar educación de preparación para la paternidad y maternidad a las madres gestantes y sus parejas que asisten a la ESE	Evidenciar listados de asistencia de la educación para la 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
5		Cultural a la madre puerpera y su acompañante, 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 e inicio oportuno del control de primera infancia (0-6m)	Realizar actividad de educacion a las madres puerperas en el area de hospitalización antes del egreso hospitalario.	Evidencia de listado asistencia de educacion recibida por parte de la gestante,registro fotográfico. Nota anexa de personal de enfermeria sobre la educacion.	Nº de madres puerperas educadas en el area de hospitalización / N° total de puerperas atendidas en la institución.	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
6		Cumplimiento al plan ampliado de inmunizaciones PAI	Dar continuidad al Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de recién nacidos vacunables en la institución.	Evidencia de (12) pantallazos del cargue mensual y de las jornadas extraordinarias en la plataforma PAI Web	Número de RN vacunados en la Institución/total de recién nacidos	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
7		Garantizar la realización y entrega oportuna del registro civil.	Proporción de nacidos vivos a quienes se les brinda acceso al registro civil correspondientes al municipio de Garzón.	Evidencia de doce (12) pantallazos a quienes se les brinda el acceso al registro civil	Número de RN, registrados en el hospital/total de recién nacidos del municipio de Garzon.	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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 recien nacido.	No de listas de chequeo que cumplen con adherencia / No. de listas de chequeo aplicadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
10			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nºactividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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 (AMII))	Evidencia de (2) actas de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mentionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
12		Actualización de las políticas institucionales (Política institucional para la implementación de la estrategia instituciones amiga de la mujer y la infancia integral (AMII))	Actualización de las políticas institucionales (Política institucional para la implementación de la estrategia instituciones amiga de la mujer y la infancia integral (AMII))	Evidencia de (1) politica actualizada y aprobada	Politica Actualizada	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
14		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
15			Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
16			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
17		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los	Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación

18	hallazgos encontrados	Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación	
19		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación	
20		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
21		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
22		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando haya ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
23		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional IAMII - Vacunación
24											

Elaborado por:

Original firmado

Original firmado

Original firmado

Elaborado, Revisado y Aprobado por:

Original firmado

ADRIANA LISETH ROJAS ESCARRAGA

CARMEN JUDITH VASQUEZ SARMIENTO

EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES

PABLO LEON PUENTES QUESADA

Auditora Médica

Lider IAMII

Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos

Subdirector Técnico - Científico

	PLAN DE ACCIÓN	Código: A2FO1061 - 001
		Versión: 03
		Vigencia: 16/01/2026

AREA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	AÑO	2026									
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 cubrimiento 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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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 dia)	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	1/01/2026	31/12/2026	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 imagería y Radiología Convencional en Urgencias.	sumatoria días transcurridos entrega de resultados/total estudios realizados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
5			Información oportuna al usuario antes y después del 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	Número de usuarios informados/Número total de usuarios que se realizaron procedimiento	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
6			Garantizar al personal del servicio de imagería 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
7			Capacitar el personal del servicio de Imagenología a los protocolos institucionales	Capacitar a funcionarios en protocolos y procedimientos del servicio de imagería. Realizar el pre y post test	Evidencia de cuatro (4) Actas de capacitación en protocolos y procedimientos en el servicio de imagería	Número de capacitaciones realizadas en el periodo / Total de capacitaciones programadas en el periodo de tiempo	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	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	Número de informes presentados/Número total de informes programados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
10			Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización (los que aplique)	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
11			Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
12			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
13			Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
14			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
15			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y lista de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
16			Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Nºde pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
17			Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Evidencia (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	
18			Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
19			Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas	

20	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 seguimiento a los riesgos y plan de mejora aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultado	Evidencia de dos (2) informes de consolidación de riesgo elaborado, si se requiere	Numero de informes presentados/Número total de informes programados	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas
----	--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-----	---	-----------	-----------	------------	-----------------------------------------------------

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado	Original firmado
VIVIANA ALEXANDRA DELGADO DIAZ	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Líder de Radiología e imágenes diagnósticas	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

AREA	LABORATORIO CLINICO Y UNIDAD PRE TRANSFUSIONAL	AÑO	2026								
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 gestión del conocimiento en el laboratorio clínico	Evidencia de un (1) cronograma de capacitación.	Cronograma de capacitación	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
2		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)	Número de seguimientos realizados en el periodo de tiempo / Total de seguimientos programados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
3		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
4		Garantizar confiabilidad de resultados	Ejecutar control de calidad interno	Registros de control de calidad	Controles realizados / programados	8%	12	Mensual	3/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
5		Fortalecer seguridad transfusional	Auditoria interna del proceso pre transfusional	Informe de auditoría	Auditoría realizada	100%	1	Anual	4/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
6		Garantizar competencia del personal	Verificación anual de perfiles y competencias	Listado de verificación	Verificación realizada	100%	1	Anual	5/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
7		Garantizar condiciones de bioseguridad	Rondas mensuales de bioseguridad	Informes de ronda	Rondas realizadas	8%	12	Mensual	6/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
8		Fortalecer trazabilidad transfusional	Verificación semestral de trazabilidad	Informe de verificación	Verificaciones realizadas	50%	2	Semestral	8/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
9		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
10		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio (laboratorio y unidad pre - transfusional) y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
11		Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
12		Ejecutar inspección técnica de áreas y equipos garantizando condiciones locativas y dotación	Informe de inspección	Inspecciones realizadas	50%	2	Semestral	2/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
13		Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por el líder del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
14		Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
15		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional	
16		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
17		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional

18	relación a las técnicas asistenciales	Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
19	Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional
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) informes del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere.	Numero de informes presentados / Numero de informes programados	50%	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Laboratorio Clínico-unidad transfusional

Elaborado por:	Elaborado, Revisado y Aprobado por:	
<i>Original firmado</i>	<i>original firmado</i>	<i>Original firmado</i>
ZULEYDIS ARIZA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider de laboratorio clinico	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Tecnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	NUTRICIÓN
------	-----------

AÑO	2026
-----	------

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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
5			solicitar al proveedor las minutas para los pacientes hospitalizados de la ESE Hospital San Vicente de Paul (21)	Evidencia de un las minutas para la pacientes hospitalizados de la E.S.E	Minutas	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
6			Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
7			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) actas de capacitaciones al cronograma	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
9		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilidad garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio de alimentación externa y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
10			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
11			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
12			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios UNYLC	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética

14	Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad del paciente	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética
15	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Nutrición y Dietética

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado	Original firmado
ORLEYDA VICTORIA BORJA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Líder de Nutrición y Dietética	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

AREA	GINECO-OBSTETRICIA
------	--------------------

AÑO	2026
-----	------

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 (2) Actas de socialización presencial o virtual con evidencia fotográfica o registro de asistencia. Pre y post test (mencionar indicador)	No. capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
2			Aplicar lista de chequeo de adherencia a la guía de manejo de Hemorragia del III trimestre	Evidencia de (12) informe mensual de análisis de eventos Hemorragia del III trimestre	Nº eventos evaluados / Nº de eventos Ocurridos	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
3		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
4			Realizar la Socialización de Protocolos asistenciales básicos de sala de parto.	Acta de Asistencia a las capacitaciones o evidencia virtual, registro fotográfico. (mencionar indicador)	Numero de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
5			Aplicar listas de chequeo mensual para evaluación de adherencia a los protocolos de Enfermería. Emitir informe trimestral	Evidencia de cuatro (4) listas de cheques aplicadas para evaluación de adherencia a los protocolos de enfermería. (mencionar indicador)	Numero de ítems cumplidos / Numero de ítem Evaluados	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
6			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.	No. de ítem cumplidos / No. de ítem evaluados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
7		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
8		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. de tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
9		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Obstetricia
10			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Obstetricia
11			Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / Nº total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
12			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Obstetricia
13			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Obstetricia

14	Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
15	Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área, superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
16			Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
17	Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
18			Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
19	Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia
20	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Obstetricia

Elaborado por:

Original firmado	Original firmado	Original firmado
ADRIANA PAOLA TORRENTEGRA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider sala de partos	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	SEGURIDAD DEL PACIENTE	AÑO	2026								
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	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
2			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento realizadas/Nº actividades programadas	Nº de actividades realizadas/Nº actividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/01/2026	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	Número Capacitaciones Realizadas/ Total programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/01/2026	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	1/01/2026	31/01/2026	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.	Número de rondas de seguridad realizadas/ número de rondas de seguridad programada	33,33%	3	Cuatrimestral	1/01/2026	31/01/2026	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	1/01/2026	31/01/2026	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	(Número de eventos con análisis y plan de mejora cerrado / Total de eventos reportados) x 100	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
8		Evaluación y seguimiento a esándares 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 institucional para la gestión de seguridad del paciente donde se realice la identificación de los pacientes pediátricos con neumonías 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	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
9		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 (mencionar el avance del indicador)	Nº de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
10		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	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
11		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	1/01/2026	31/01/2026	Programa Seguridad del Paciente
12		Garantizar el cumplimiento del correcto diligenciamiento a los consentimientos informados de la institución	Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) informe consolidado de listas de chequeo aplicadas donde se especifique la adherencia al diligenciamiento de los consentimientos informados	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N° total de consentimientos por mes	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Seguridad del Paciente
13		Garantizar el cumplimiento y evaluación a la adherencia del protocolo de lavado de manos	Presentar porcentaje de cumplimiento al protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) reportes a las unidades asistenciales donde aplique el protocolo y enviar porcentaje (calificación) al líder del área antes del comité	Nº de unidades funcionales evaluadas / Nº total de unidades funcionales a evaluar	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Seguridad del Paciente
14		Velar por el cumplimiento y adherencia al programa de seguridad del paciente	Identificar brechas, responsables, para orientar la toma de decisiones y formular acciones de mejora continua alineadas con los estándares de calidad y seguridad del paciente.	Evidencia (12) reportes a subdirección científica las unidades asistenciales evaluadas	Nº de unidades funcionales evaluadas / Nº total de unidades funcionales a evaluar	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Programa Seguridad del Paciente
15		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación de los servicios y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Programa Seguridad del Paciente
16			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Programa Seguridad del Paciente
17			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Programa Seguridad del Paciente

18		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Programa Seguridad del Paciente	
19		Garantizar la medición y el despliegue en la generación y la medición de la cultura de seguridad	Medir el clima de seguridad mediante encuesta	Evidencia de (1) informe de medición de la encuesta de clima de seguridad y Acta de socialización	Informe de aplicación de la encuesta y socialización	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Programa Seguridad del Paciente
20		Garantizar la actualización de los riesgos asistenciales	Actualización de los riesgos asistenciales	Evidencia de matriz de riesgos asistenciales actualizada	Riesgos actualizados	100%	1	Anual	1/01/2026	30/06/2026	Programa Seguridad del Paciente

Elaborado por:

Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado
MONICA CHAVARRO FERNANDEZ	DARLI ELIANA QUIÑONEZ RIOS	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Lider Mejoramiento Continuo	Referente de seguridad del paciente	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico

Elaborado, Revisado y Aprobado por:



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	SIAU
------	------

AÑO	2026
-----	------

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 numero de usuarios atendidos teniendo en cuenta la fórmula de la contralaría. Generar plan de mejora si se encuentra inferior al 90%	Evidencia de doce (12) matriz de indicadores donde se referencia la medición de la satisfacción del usuario	Usuarios satisfechos/Usuarios encuestados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	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 especifique fecha y hora de la apertura, y el número de manifestaciones encontradas.	Evidencia de las actas de apertura de buzon realizadas en el mes	Nº de Buzones aperturados/Nº buzones institucionales	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
3		Garantizar que el cliente externo tenga conocimiento de la existencia de los buzones y la ubicación con cumplimiento mayor o igual al 50%	Realizar la socialización al cliente externo la existencia y uso de los buzones de sugerencias y su importancia en la mejora continua	Evidencia de (12) pantallazos de asistencias	Unidades funcionales a quienes se les realizo la socialización / Total unidades funcionales de la ESE	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	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 respuesta dentro de los términos de ley a las quejas y reclamos de los usuarios	Evidencia de doce (12)matriz generada por la extranet	Nº de quejas respondidas/ Nº quejas radicadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
5			Dar respuestas dentro de los términos de ley de los PQR de riesgo vital dentro de las 24 horas (100%)	Evidencia de doce (12)matriz generada por la extranet	Total, de quejas resueltas dentro de los términos de ley /Total de quejas radicadas y clasificadas como riesgo vital *100	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
6		Garantizar la implementacion y seguimiento del cronograma de capacitación del area	Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
7			Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de las actas de capacitación con su respectiva evidencia fotográfica y listado de asistencia	Nº de actividades realizadas/Nºactividades programadas	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
8		Orientar, educar e informar de manera oportuna a los usuarios los servicios que presta la institución.	Realizar la divulgación del portafolio de servicios al cliente externo de la ESE (página web, televisores institucional, radio, o de manera presencial)	Evidencia de doce (12) pantallazos de listados de asistencia	No. de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
9		Fortalecer el conocimiento de los derechos y deberes para el cliente interno y externo de la E.S.E	Realizar la promoción derechos y deberes para cliente externo de la ESE	Evidencia de doce (12) pantallazos de listados de asistencia	Total unidades funcionales de la ESE HDSVP / Total de unidades funcionales que socializaron con los clientes internos los derechos y deberes	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
10			Realizar la promoción derechos y deberes para cliente interno de la ESE	Evidencia de una (3) actas de capacitación en derechos y deberes para el cliente interno.	No. de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas	33%	3	cuatrimestral	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
11		Garantizar la implementacion del modelo de atención en salud con enfoque diferencial buscando su permanencia en el tiempo	Estructurar la estrategia de evaluacion 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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)

13	CLINICA O ASISTENCIAL	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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
14			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	1/01/2026	31/12/2026	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)	Evidencia de (2) 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	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
16			Actualización 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 4 políticas actualizadas	Políticas aprobadas	100%	1	anual	1/01/2026	31/03/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
17		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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
18		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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
19		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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
20		Garantizar el cumplimiento de la resolución 3100 con respecto a procesos prioritarios enfocados en el área	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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
21		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia de (3) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	33,333%	3	cuatrimestral	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
22		Garantizar el cumplimiento de la resolución 3100 con respecto a procesos prioritarios enfocados en el área	Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
23			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
24		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)
25		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	1/01/2026	31/12/2026	Servicio de información y Atención al usuario (SIAU)

Elaborado por:	Original firmado	Original firmado	Original firmado
ANDREA YOMAIRA LAMILLA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA	
Coordinadora de SIAU	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico	



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	UCIA
------	------

AÑO	2026
-----	------

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	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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 úlcera por presión/total de pacientes ingresados	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
4		Garantizar la administración segura de medicamentos a los pacientes de la UCI Adultos	Realizar cronograma de educación continuada 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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
5			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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
6		Fortalecer 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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
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	1/01/2026	31/12/2026	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 las infecciones asociadas a la atención en salud	Realizar el informe de adherencia	Evidencia (1) informe de adherencia de la realización de los bundle	Nº cumplimiento de bundle / N° de pacientes que ingresaron a la UCIA	8,33%	12	Mes	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
11		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto

12	Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto	
13		Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto	
14		Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto	
15		Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto	
16		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto	
17		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
18		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
19		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
20		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
21		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
22		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 diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto
23				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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto

Elaborado por:	Elaborado, Revisado y Aprobado por:	
Original firmado	Original firmado	Original firmado
ÁNGEL YECID VALENCIA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Líder de UCIA	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

ÁREA	UCIN
------	------

AÑO	2026
-----	------

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	Garantizar la implementación y seguimiento del cronograma de capacitación del área	Seguimiento a la implementación de procesos de enfermería, terapia respiratoria	Aplicación de listas de chequeo de protocolos y guías a esocialistas y terapia respiratoria. 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 II	Socialización realizada evidenciada mediante listado de asistencia	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
2		Realizar Cronograma de capacitación	Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación	Documento elaborado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
3		Seguimiento al cronograma de capacitación	Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma	Nº de actividades realizadas / Nº actividades programadas	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
4		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
5		Garantizar orientación e información oportuna al usuario	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 recien 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 UCIN	No. capacitaciones realizadas /No. total de capacitaciones programadas en el mes	25%	4	Trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
6		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategicas de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
8		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoamiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
9		Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
10		Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / N°total de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
11		Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
12		Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal	
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nºde pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
14		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área, superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
15				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal

16		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
17				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
18		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad del paciente	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal
19		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal

Elaborado por:		Elaborado, Revisado y Aprobado por:
Original firmado	Original firmado	Original firmado
NIDIA PATRICIA BARRERA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA
Coordinadora de UCIN	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico



PLAN DE ACCIÓN

Código: A2FO1061 - 001

Versión: 03

Vigencia: 16/01/2026

AREA	URGENCIAS	AÑO	2026								
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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
7		Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización	Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento	Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tips	No. De tips cumplidos / de 16 tips evaluados	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
8		Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los hallazgos encontrados	Presentar herramienta de autoevaluación del servicio y los respectivos hallazgos encontrados para los planes de mejoramiento	Evidencia (1) herramienta con el plan de mejoramiento	Presentación de la herramienta con los planes de mejoramiento	100%	1	Anual	1/01/2026	31/03/2026	Unidad Funcional Urgencias
9			Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados	Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento	Nº de hallazgos subsanados / Nº de Hallazgos encontrados	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Urgencias
10			Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados	Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol	Nº de consentimientos que cumplen con el correcto diligenciamiento / Nºtotal de consentimientos por mes	9,099%	11	Mensual	1/02/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
11			Realizar actualización y generación de documentos	Evidencia de (1) certificado por parte de ingeniería de procesos y subdirección científica que entregaron la documentación	Certificado	100%	1	Anual	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Urgencias
12			Realizar socialización de documentos	Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotográfico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción)	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores en los servicios	50%	2	Semestral	1/01/2026	31/05/2026	Unidad Funcional Urgencias
13		Garantizar el cumplimiento en la divulgación de los derechos y deberes de los usuarios	Mostrar evidencia de la apropiación e implementación para el cumplimiento de las estrategias de divulgación de los derechos y deberes	Evidencia de (12) estrategias de divulgación (interacción con los usuarios) de los derechos y deberes	Nº de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
14		Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Cumplir con 5 momentos, y protocolo de higiene de manos	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por seguridad del paciente antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / Nº de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
15				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplida a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / Nº de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias

16		Garantizar el cumplimiento del protocolo de aislamiento del área superior al 90% con relación a las técnicas asistenciales	Usar correctamente las fichas de aislamiento, los rotulos, los elementos de protección personal	Evidencia (12) socializaciones al 100% del personal del servicio de los reportes de evaluación realizados por epidemiología antes del comité	Nº de colaboradores con socialización / N° de colaboradores del servicio	8,33%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
17				Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica	Nº de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento	25%	4	trimestral	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
18		Garantizar el reporte oportuno de sucesos de seguridad	Realizar reporte de eventos adversos, cuando halla ocurrencia de estos.	Evidencia de diligenciamiento y reporte en formato de eventos adversos, con el porcentaje de cumplimiento	Formatos diligenciados	8%	12	Mensual	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias
19		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	1/01/2026	31/12/2026	Unidad Funcional Urgencias

Elaborado por:			Elaborado, Revisado y Aprobado por:		
Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado	Original firmado
FAIVER LOSADA	EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES	PABLO LEON PUENTES QUESADA			
Líder Urgencias	Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos	Subdirector Técnico - Científico			