

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

| ÁREA | | ATENCIÓN PRE-HOSPITALORIA 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, Secretaria 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 basico, medicalizado y de referencia. | Evidencia de dos (2) Actas de capacitaciones diligenciados en la vigencia realizadas de manera semestral. | No. capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 3 | | | Socializar y realizar seguimiento al protocolo de egreso del paciente por remisión en las áreas de observación y hospitalización | Evidencia de (1) Acta de capacitacion | N de funcionarios de las areas de observación y hospitalización / Total de funcionarios de las areas 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 | | | 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 remision 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 | | | Revisar la pertinencia de remisiones no aceptadas por otras instituciones , registradas en el respectivo formato. | Evidencia de doce (12) Informe de indicadores de referencia y contrarreferencia. | No. Pacientes a quienes se diligencio el formato de no aceptación / Total de pacientes no aceptados | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 8 | | Informar dificultades en el diligenciamiento del Anexo No. 09 | 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 peritencia 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 | | 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 10 | | | Seguimiento al cronograma de capacitación | Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma | N° de actividades realizadas/N°actividades prorgramadas | 25% | 4 | trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 11 | | Promover la organización documental del area | Realizar informe de gestion 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 12 | | 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 13 | | 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 14 | | | Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados | Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento | N° de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 16 | | | Realizar socialización de documentos | Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° 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 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 | N°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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 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 de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |
| 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 | 31/12/2026 | Unidad Funcional de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado |

| Elaborado por: | Elaborado, Revisado y Aprobado por: |
|---|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| YIZZA DAYANNA BARRERA ARRIGUI | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES |
| Lider de Atención pre-hospitalaria transporte básico y medicalizado | Subdirector Tecnico - Cientifico |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: A2FO1061 - 001

Versión: 03


Vigencia: 16/01/2026

AREA 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 item evaluados | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica |
| 3 | | | Realizar el 100% de los registros 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 seguimiento a la implementación de procesos y procedimientos de terapia y rehabilitación | 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 | | | 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 protocolo de terapia. | No. De item cumplidos / No. de item evaluados | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica |
| 6 | | | Realizar Cronograma de capacitación | Evidencia de entrega de un (1) cronograma de capacitación | Documento elaborado | 100% | 1 | Annual | 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 | 9,099% | 11 | Mensual | 1/02/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica |
| 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 | Annual | 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 | Annual | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional Servicios de complementación Terapéutica |
| 10 | | | Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados | Evidencia de (12) consolidación del número 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 | 9,10% | 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 | Annual | 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 / Nº 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 / Nº 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 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 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: | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | | <i>Original firmado</i> | |
| DIANA YISEL JIMENEZ CASTRO | | PABLO LEON PUNTES QUESADA | |
| Gestora Centro Integral de Terapias | | Subdirector Técnico - Científico | |


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

| | | | |
|-------------|----------------|------------|-------------|
| AREA | 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. | N° de capacitaciones realizadas / N° 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 evaluación de la adherencia de procedimientos de cirugía. Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe semestral | Evidencia de aplicación de dos (2) listas de chequeo para evaluación de la adherencia a procedimientos de cirugía en la institución. | Lista de chequeo que cumplen con los procesos y procedimientos de cirugía / Total de listas de chequeo aplicadas | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 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 | Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos |
| 5 | | Disminuir el porcentaje de la cancelación de cirugía programada con el propósito de mantener la satisfacción de nuestros usuarios y aumentar la productividad quirúrgica. | Garantizar que las cirugías canceladas atribuibles a la E.S.E sean menor o igual a 1,5% (observatorio Minsalud). Generar planes de mejoramiento si aplica. Emitir informe mensual. | Evidencia de doce (12) 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 cirugas 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 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 Servicios Quirúrgicos |
| 8 | | Participar en la aplicación de la autoevaluación de habitación 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 Servicios Quirúrgicos |
| 9 | | | Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados | Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | N° 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 Servicios Quirúrgicos |
| 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 Quirúrgicos |
| 12 | | | Realizar socialización de documentos | Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 las estrategias de divulgación de los derechos y deberes | 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 | N°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 | 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 | N° de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Servicios Quirúrgicos |
| 15 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° 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 | | 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 | N° 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 | N° 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: |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| LINA MARIA GUZMAN PERDOMO | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA |
| Lider servicios quirúrgicos | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Científico |

| | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|
|  | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | | Codigo: 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 | N° de actividades realizadas/N° 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. Emitir informe trimestral | Evidencia de cuatro (4) informes relacionados con la aplicación de listas de chequeo para medir adherencia a procedimientos institucionales. | N° de listas de chequeo aplicadas / N° 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 (contrareferencia) en los usuarios aceptados de forma ambulatoria por parte de la ESE | Garantizar el cumplimiento en el envío del formato de anexo No.10 (contrareferencia) a las instituciones remisoras de los pacientes ambulatorios y/o de consulta externa. (>80%) | Evidencia de doce (12) informes sobre relacionados con el diligenciamiento de anexo 10 - Soporte de envío via web | N° 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 | N° 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 mecanismo de comunicación para el 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | Evidencia de (12) consolidación del numero total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional Consulta Externa |
| 14 | | | 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 | N°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 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 | N° 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 | N° 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 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 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: | |
|-------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | |
| YEIMY YULIETH MEDINA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA | |
| Lider Consulta Externa | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Científico | |


| | | |
|--|---------------------------|--|
|  | <div>PLAN DE ACCIÓN</div> | <div>Codigo: A2FO1061 - 001</div> <div>Versión: 03</div> <div>Vigencia: 16/01/2026</div> |
|--|---------------------------|--|

| 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 APLICATIVO 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 BAI de Sianiesp. | Evidencia de cuatro (4) búsquedas activas mediante Base de datos .xlsx "BAI_TRIMESTRAL_SIANIESP" | (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 garantice la oportunidad en la notificación semanal máximo 8 días calendario. | (Num) No. de semanas con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatorio / (Den) No. semanas epidemiológicas de la vigencia 2023 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO 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 UND 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 | | 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 éste evento de interés en salud pública | 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatoria de IAD-IAAS / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2023 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA ESTIMACIÓN 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte (notificación) obligatoria de Base de datos de resistencia bacteriana en formato Whonet / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021* (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA ESTIMACIÓN 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 | | | 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en el reporte de incidencia de CAB y análisis de las tendencias de uso / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA ESTIMACIÓN DE INCIDENCIA Y USO DE ANTIBIÓTICOS | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de aislamiento hospitalario / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN EL FOMENTO DE LA PRÁCTICA DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en las mediciones de adherencia y ejecución de procedimientos preventivos de limpieza y desinfección / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN EL FOMENTO DE LA PRÁCTICA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública |
| 13 | | Garantizar el registro y almacenamiento de la información sobre la ocurrencia de hechos vitales en la institución y sus características con fines jurídicos y administrativos, en cumplimiento de la normatividad vigente en la materia | Realizar la corrección oportuna de inconsistencias u omisiones en el registro de estadísticas vitales a la plataforma "Registro Único de Afiliados a la Protección Social" https://nd.ruaf.gov.co según retroalimentación recibida del DANE; garantizando una oportunidad en máximo de 8 días calendario. | Evidencia de doce (12) Informes .XLSX corrección a 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 periodos epidemiológicos con cumplimiento en la corrección de inconsistencias u omisiones en el registro de estadísticas vitales a la plataforma nd.ruaf.gov.co / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA CORRECCIÓN DE INCONSISTENCIAS U OMISIONES EN EL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Epidemiología y Salud pública |
| 14 | | | Realizar la gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma "Registro Único de Afiliados a la Protección Social" https://nd.ruaf.gov.co mediante búsqueda activa y solicitudes de ingreso a los médicos responsables; garantizando la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Evidencia de doce (12) certificados .DOC gestión de registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma "Registro Único de Afiliados a la Protección Social" https://nd.ruaf.gov.co | (Num) No. de periodos epidemiológicos con cumplimiento en la gestión del registro oportuno de estadísticas vitales a la plataforma nd.ruaf.gov.co / (Den) No. periodos epidemiológicos de la vigencia 2021 * (Fac) 100 = (Res) Proporción de CUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN DEL REGISTRO DE ESTADÍSTICAS VITALES | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 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 o educación a pacientes en eventos de 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 de 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 críticos, factores de riesgo y eventos priorizados | 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 | N° 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 de 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 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 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 de 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 la revisión de la historia clínica, causa de muerte consignada, 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: | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | |
| ESTEFANY CRUZ VALDERRAMA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA | |
| Lider de epidemiologia y salud publica | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Cientifico | |


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

| | | | |
|------|----------------|-----|------|
| AREA | 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 practicas. | Evidencia de un (1) cronograma de capacitación para el personal de la Central de esterilización en buenas practicas. | 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 practicas. | 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 practicas de esterilización | Evidencia de cuatro (4) nformes 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 politicas institucionales a cargo de la unidad funcional | Actualización de las politicas institucionales (Política de Uso y reúso de dispositivos médicos) | Evidencia de (1) acta de socialización de las politicas insitucionales y cada vez que se actualicen (mensionar el avance del indicador) | N° de funcionarios que recibieron la socializacion / Total de funcionarios de la ESE | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Esterilización |
| 6 | | Garantizar el uso de jabon de manos y gel para lavado de manos y gel para fricción de manos | 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 area | Realizar informe de gestion sobre el inventario documental del area | 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 | 9,099% | 11 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Esterilización |
| 9 | | Participar en la aplicación de la autoevaluación de la 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 Esterilización |
| 10 | | | Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados | Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento | N° de hallazgos subsanados / N° 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 mensionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N°de pacientes con interacción en derechos y deberes / total de pacientes atendidos en el servicio | 9,099% | 11 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Esterilización |
| 14 | | Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del area 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 | N° de colaboradores con socialización / N°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 | N° de acciones cumplidas / N° 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 gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Técnico - Científico |

| | | |
|---|--|---|
|  | <p style="text-align: center;">PLAN DE ACCIÓN</p> | <p>Código: A2FO1061 - 001</p> <p>Versión: 03</p> <p>Vigencia: 16/01/2026</p> |
|---|--|---|

| | |
|-------------|-----------------|
| 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 estándar 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%. | N° de errores de dispensación/N° formulas dispensadas Factor 100 | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional servicio farmacéutico |
| 2 | | Capacitar el personal del Servicio Farmacéutico en cuanto a los protocolos institucionales | 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 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 y evaluación. | N° capacitaciones realizadas / N° 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 | | | | | | | | |
| 5 | | | Socialización de la Política Farmaceutica | Evidencia de (1) acta de socialización de las políticas insitucionales y cada vez que se actualicen (mensionar el avance del indicador) | N° de colaboradores que recibieron la socialización / Total de colaboradores de la ESE | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional servicio farmacéutico |
| 6 | | 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 |
| 7 | | 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 |
| 8 | | 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 |
| 9 | | Promover la organización documental del area | Realizar informe de gestion 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 |
| 10 | | Velar por el cumplimiento de los 16 tips de humanización | Presentar estrategias 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 |
| 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 mejoamiento | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/03/2026 | Unidad Funcional servicio farmacéutico |
| 12 | | | Realizar gestión y seguimiento a los hallazgos encontrados | Evidencia de la gestión a los planes de mejoramiento | N° de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional servicio farmacéutico |
| 13 | | | 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 servicio farmacéutico |
| 14 | | | Realizar socialización de documentos | Evidencia de (2) Acta de socialización con registro fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mensionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional servicio farmacéutico |
| 15 | | 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 | N°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 |
| 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 servicio farmacéutico |
| 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 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: | | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: | |
|-------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | |
| ALEX MIGUEL ECHEVERRIA RIVERA | SANTIAGO CONDE LAVERDE | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA | |
| Químico farmacéutico | Químico farmacéutico | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Científico | |

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

| | |
|------|-----------------------|
| AREA | 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 ofertados REPS, acta, cronograma y registro fotografico, 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 reliazados /informes planteados | 100% | 8 | Mensual | 1/04/2026 | 30/11/2026 | Unidad funcional de calidad |
| 4 | | | Realizar diagnóstico de la gestion 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 socializacion soporte socializacion | Informe diagnostico que lleve: Total documentos clasificacion tipo de documento clasificacion por servicios Documentos para actualizar que tengan fecha antes de la vigencia 2024 Total documentos propios Total documentos con evidencia de socializacion | 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 diagnostico de procesos prioritarios habilitación | Evidencia de documentos por servicio creados, actualizados y socializados | Numero de documentos actualizado / numero de documentos que requieren actualizacion | 100% | 1 | anual | 1/02/2026 | 31/05/2026 | Unidad funcional de calidad |
| 6 | | Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud : PAMEC | Documentar, aprobar y socializar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC | Evidencia de 3 documentos PAMEC, resolucio de aprobación y acta de socialización | El documento PAMEC, resolucio 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 critica de Pamec, (cronograma) | Ruta critica 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 critica | Seguimiento mensual en comités | actas de comites 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 comites 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 documentacion del plan de accion | Relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas/ numero 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 auditorías externas | consolidar actas de las auditorías externas | Actas recepcionadas | 50% | 2 | Semestral | 20/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad funcional de calidad |
| 12 | | | Realizar seguimiento las oportunidades de mejora deribadas de las auditorías externas | Evidencia (2) Matriz de seguimiento | relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditoría externa / numero 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 auditorías internas según los servicios priorizados en el documento PAMEC vigencia 2026 - cronograma | Evidencia de (1) plan de auditorías 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 | relacion del numero de acciones de mejora ejecutadas derivadas de auditoría interna / numero de acciones de mejoramiento programadas derivadas de los planes de mejora del componenete 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) autoevaluacion estandares de acreditación vigencia actual y vigencia anterior | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior | 100% | 1 | Anual | 1/02/2026 | 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 | Implementar acciones de cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud : SISTEMA DE INFORMACION CALIDAD | 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 envío via web. 2. Planes de Mejora 3. informe de seguimiento a planes de mejora | N° de inasistencias / N° 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 política actualizada y socializacion | N° de colaboradores que recibieron la socializacion / 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 siguientes 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 | | Evaluar la aplicación de la guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la Institución | Realizar auditoría de historias clínicas de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la Institución, donde se mida la adherencia a la guía de práctica clínica. | Evidencia de doce (12) de actas de reunión del Comité de Historias Clínicas de la ESE, que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador (≥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 | Unidad funcional de calidad |
| 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. (≥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 | Unidad funcional de calidad |
| 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 (≥0,9) | Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo del Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico en la vigencia objeto de evaluación/Total de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación. | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad funcional de calidad |
| 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 auditoría de historia clínica. (≥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 | Unidad funcional de calidad |
| 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 auditoría de historia clínica y adherencia a la guía institucional. (≥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 | Unidad funcional de calidad |
| 32 | | | Realizar evaluación a la adherencia de guías institucionales: guía de manejo específica para trastornos hipertensivos del embarazo. | Evidencia de doce (12) actas de comité de historia clínica de realización de auditoría de historia clínica y adherencia a la guía institucional. (≥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 | Unidad funcional de calidad |
| 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. (≥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 | Unidad funcional de calidad |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|--|--|--------|---|------------|-----------|------------|-----------------------------|
| 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, apéndice, código rojo, asfixia perinatal, primera causa ingreso y egreso, colecistectomía). | 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: | | | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: |
|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| MONICA CHAVARRO FERNANDEZ | ADRIANA LISSETH ROJAS ESCARRAGA | ELCIRA BARREIRO GUTIERREZ | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA |
| Lider Mejoramiento Continuo | Auditora Médica | Profesional sistemas de información | Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos | Subdirector Técnico - Científico |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: 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 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 Internación general adultos y pediátrica | | | | |
| 4 | | | Seguimiento al cronograma de capacitación | Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma | N° de actividades realizadas/N°actividades programadas | 25% | 4 | trimestral | 1/01/2026 | 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 asistenmiciasles de enfermería, realizar pre y post y analisis de los resultados | Enviar acta de capacitaciones y listado de asistencias del personal asistencial | verificacion 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 mejoamienio | 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 | N° 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 | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 | N°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 general adultos y pediátrica | | | | |
| 14 | | Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del area 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 | N° 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 | N° 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 | N° 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 | N° 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 |
| 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 | | Gestion 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: |
|---|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| 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 ESE. Emitir informe mensual | 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 | | | 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 |
| 5 | | Sensibilizar a los empleados del HDSVP mediante el despliegue de impacto visual de contenidos de humanización. | 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 |
| 6 | | 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 conel protocolo/ número de funcionarios de la ese *100 | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Programa Humanización |
| 7 | | Medir la percepción de la humanización en el cliente interno | Medir la percepción de la humanización en los diferentes servicios de la ESE (cliente interno) a través de encuestas. Informe trimestral | Evidencia de (3) informes de medición de la percepción del programa de humanización. | N° Item cumplidos/Total de item evaluados | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Programa Humanización |
| 8 | | 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. | N° Item cumplidos/Total de item evaluados | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Programa Humanización |
| 9 | | Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional | 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) | Política actualizada (indicadores) | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 28/02/2026 | Programa Humanización |
| 10 | | | 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 |
| 11 | | Garantizar acompañamiento humanizado al cliente interno y externo | Presentar consolidado del acompañamiento humanizado a usuarios y familiares (cliente interno y externo). | Evidencia de (2) excell con acompañamiento con acompañamiento humanizado a usuarios y familiares | N° reportes realizados/Total de reportes programados | 8,33% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Programa Humanización |
| 12 | | Garantizar la prestación de servicios de salud con un enfoque humanizado 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 |
| 13 | | Promover la comparación sistemática con referentes internos, nacionales | Presentar informe consolidado de la referenciación realizada | Evidencia de (1) informe consolidado donde se evidencie las acciones implementadas en la institución | Informe de referenciación | 100,000% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/10/2026 | Programa Humanización |
| 14 | | 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. | N° reportes realizados/Total de reportes programados | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Programa Humanización |

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

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

| | |
|------|--------------------|
| AREA | 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 autoapreciación IAMII | Informe del resultado de la Autoapreciación | 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 mínimo 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 para el parto y el cuidado de su hijo. | 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. | N° 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 | | Brindar 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 oportuna del control de primera infancia (100%) | Realizar actividad de educación a las madres puerperas en el área de hospitalización antes del ingreso hospitalario. | Evidencia de listado asistencia de educación recibida por parte de la gestante, registro fotográfico. Nota anexa de personal de enfermería sobre la educación. | N° de madres puerperas educadas en el área 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 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. | Proporcionar 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 Garzón. | 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 recién 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 | N° de actividades realizadas/N° actividades 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 IAMIII) | Evidencia de (2) actas de socialización de las políticas institucionales y cada vez que se actualicen (mencionar el avance del indicador) | N° 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 IAMIII) | Evidencia de (1) política actualizada y aprobada | Política 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 tipos de humanización | Presentar estrategias de implementación para el cumplimiento | Evidencia (11) estrategias aplicadas en la implementación de los 16 tipos | No. De tipos cumplidos / de 16 tipos evaluados | 9,099% | 11 | Mensual | 1/02/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional IAMII - Vacunación |
| 15 | | Participar en la aplicación de la autoevaluación de habilitación garantizando el cumplimiento del mejoramiento de los | 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 | N° de hallazgos subsanados / N° de Hallazgos encontrados | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional IAMII - Vacunación |
| 17 | | | Velar por el cumplimiento y correcto diligenciamiento de los consentimientos informados | Evidencia de (12) consolidación del número total de consentimientos revisados mensualmente por la jefe del servicio en reunión de autocontrol | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 | N°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 area 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 | N° de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional IAMII - Vacunación |
| 22 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidad a plan de mejoramiento si aplica | N° de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento | 25% | 4 | trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional IAMII - Vacunación |
| 23 | | 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 | Formatos diligenciados | 8% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional IAMII - Vacunación |
| 24 | | 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 |

| Elaborado por: | | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: | |
|--------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | |
| ADRIANA LISETH ROJAS ESCARRAGA | CARMEN JUDITH VASQUEZ SARMIENTO | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA | |
| Auditora Médica | Lider IAMII | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Cientifico | |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: 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 | | 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 imagenología y diagnostico 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 imagenología y diagnóstico especializado- Tomografía en urgencias (<=1 día) | Evidencia de doce (12) Informes del indicador de oportunidad de entrega de resultados del servicio de Tomografía en urgencias. | Sumatoria días transcurridos entrega de resultados/total estudios realizados | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas | |
| 4 | | | Medir la oportunidad en la entrega de resultados de los servicios de imagenología y Radiología Convencional en Urgencias. (<=1 días) | Evidencia de doce (12) Informes del indicador de oportunidad de entrega de resultados del servicios de imagenología 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 | CLINICA O ASISTENCIAL | 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 | Numero 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 imagenología 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 imagenología. Realizar el pre y post test | Evidencia de cuatro (4) Actas de capacitación en protocolos y procedimientos en el servicio de imagenología | 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 | Numero 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 gestion 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° de colaboradores en los servicios | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/05/2026 | Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas | |
| 16 | | | 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 | N°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 Radiología e imágenes diagnósticas | |
| 17 | | | Garantizar el cumplimiento del protocolo de lavado de manos del area 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 | N° de colaboradores con socialización / N°de colaboradores del servicio | 8,33% | 12 | Mensual | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas | |
| 18 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de mejoramiento | 25% | 4 | trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas | |
| 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 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 riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultado | Evidencia de dos (2) informes de consolidación de seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere | Numero de informes presentados/Número total de informes programados | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Radiología e imágenes diagnósticas |
|----|--|--------------------|--|--|---|-----|---|-----------|-----------|------------|---|

| Elaborado por: | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | | <i>Original firmado</i> | |
| VIVIANA ALEXANDRA DELGADO DIAZ | | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | |
| Lider de Radiología e imágenes diagnósticas | | Subdirector Tecnico - Científico | |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: 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) | Numero 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 area | Realizar informe de gestion 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 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 | Auditoría 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 mejoamimiento | 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 lider del servicio en reunión de autocontrol | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 | N°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 area 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 | N° 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 cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° de acciones cumplidas / N° 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% | 12 | 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% | 2 | 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 clínico | Profesional de planeación y gestión de la ingeniería de procesos | Subdirector Técnico - Científico |

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

| AREA | 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 ESE Hospital San Vicente de Paul (21) | 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 | N° de actividades realizadas/N° 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 habilitación 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 | N° 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) | N° de colaboradores con socialización / N° 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 UNYLAC | 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 | N° 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: |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| ORLEYDA VICTORIA BORJA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA |
| Lider de Nutrición y Dietética | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Científico |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: 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 medico, la Guía de Hemorragia del III trimestre y Trastornos Hipertensivos en la Gestación | Evidencia de (2) Actas de socialización presencial o virtual con evidencia fotografica 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 analisis de eventos Hemorragia del III trimestre | N° eventos evaluados / N° de eventos Ocurredos | 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 fotografico. (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 chequeo 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. | Evidencia de diligenciamiento de formatos con firmas de la educación brindada a las usuarias, analisis y porcentaje de cumplimiento (mencionar indicador) | 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 gestion del area | Realizar diligenciamiento del formato de inventario documental del area sobre el inventario documental del area | 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 la habitación 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | N° 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 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N° 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 area, 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 | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N° 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 area 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 epidemiologia antes del comité | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N° 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 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 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: | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: | |
|--------------------------|--|-------------------------------------|--|
| <i>Original firmado</i> | | <i>Original firmado</i> | |
| ADRIANA PAOLA TORRENEGRA | | PABLO LEON PUEENTES QUESADA | |
| Lider sala de partos | Profesional de planeación y gestion de la ingenieria de procesos | Subdirector Tecnico - Científico | |

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


| | |
|------|------------------------|
| AREA | 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 al cronograma | N° de actividades realizadas/N° 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 | Numero 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 asistenciales de la ESE. | Evidencia de Informes mensuales del resultado de la aplicación de las listas de chequeo de los paquetes instruccionales aplicados en las rondas de seguridad realizadas en los diferentes servicios. | Numero de rondas de seguridad realizadas/ numero de rondas de seguridad programada | 33,33% | 3 | Cuatrimetral | 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 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 institucional para la gestión de seguridad del paciente donde se realice la identificación de los paciente pediátricos con neumonías broncoaspirativas de origen intrahospitalario. | Evidencia de (12) informes mensuales del indicador paciente pediátrico con neumonia broncoaspirativa que contenga los criterios del indicador. | Número de pacientes pediátricos con neumonia broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación / Número de pacientes pediátricos con neumonia broncoaspirativa de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación -(menos) Número de pacientes pediátricos con neumonia 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) | N° 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 | N° 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 | N° de unidades funcionales evaluadas / N° 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 | N° de unidades funcionales evaluadas / N° 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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: | | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| MONICA CHAVARRO FERNANDEZ | DARLI ELIANA QUIÑONEZ RÍOS | 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 Tecnico - Científico |

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

| | |
|------|------|
| AREA | 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 formula de la contraloría. 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 buzón realizadas en el mes | N° de Buzones abiertos/N° 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 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 realice 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 terminos 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 | N° de quejas respondidas/ N° 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 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 | Servicio de información y Atención al usuario (SIAU) |
| 7 | | | Seguimiento al cronograma de capacitación | Evidencia de las actas de capacitación con su respectiva evidencia fotografica y listado de asistencia | N° de actividades realizadas/N°actividades 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 implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial buscando su permanencia en el tiempo | Estructurar la estrategia de evaluación para la implementación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial | Evidencia de (1) documento con la estrategia de evaluación del modelo de atención en salud con enfoque diferencial | Total, de acciones ejecutadas /Total de acciones planteadas *100 | 100% | 1 | Anual | 1/01/2026 | 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 ($\geq 90\%$). | Evidencia de dos (2) Informes de adherencia al procedimiento de atención al usuario en la ventanilla preferencial | N° de usuarios efectivamente priorizados/N° 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 ($\geq 90\%$). | Evidencia de cuatro (4) Informes de evaluación de la satisfacción en la atención a madres gestantes | N° de madres gestantes efectivamente satisfechas /N° madres gestantes evaluadas | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Servicio de información y Atención al usuario (SIAU) |
| 15 | | | 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) | N° 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 | | Fortalecer y promover las políticas institucionales a cargo de la unidad funcional | 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 | | | Realizar seguimiento al cronograma del plan de participación ciudadana | Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma del plan de participación ciudadana | N° de actividades realizadas/N° 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 (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) | N° de colaboradores con socialización / N° 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: | | Elaborado, Revisado y Aprobado por: |
|-------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| 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 | Codigo: A2FO1061 - 001 |
| | | Versión: 03 |
| | | Vigencia: 16/01/2026 |

| | |
|------|------|
| AREA | 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 admon mediamentos | 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 area | Realizar informe de gestion 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 Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto |
| 10 | | Garantizar la correcta adherencia de las actividades de cada uno de los bundle (neumonía asociada al ventilador, infección del tracto urinario, acceso vascular central) para prevenir la infecciones asociadas a la atención en salud | Realizar el informe de adherencia | Evidencia (1) linforme de adherencia de la realización de los bundle | N° cumplimiento de bundle / N° de pacientes que ingresaron a la UCIA | 8,33% | 12 | Mes | 1/01/2026 | 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 habitación 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 | N° 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 | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 | N° 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 area 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 | N° 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 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° 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 area 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 | N° 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 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° 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 | | 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 unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto |
| 23 | | Gestión de riesgo | Realizar informe de consolidación a los riesgos identificados en la unidad funcional de acuerdo con la periodicidad establecida en la metodología y matriz de riesgo aprobada por la E.S.E y elaborar plan de mejora según resultados | Evidencia de (2) reportes de consolidación del seguimiento a los riesgos y plan de mejora elaborado, si se requiere | Reportes de consolidación matriz de riesgo | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Internación unidad de cuidado intermedio e intensivo adulto |

| Elaborado por: | Elaborado, Revisado y Aprobado por: | |
|-------------------------|--|----------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| ÁNGEL YECID VALENCIA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUNTES QUESADA |
| Lider de UCIA | 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 |

| AREA | 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 | | Seguimiento a la implementación de procesos de enfermería, terapia respiratoria | Aplicación de listas de chequeo de protocolos y guías a esocialistas y terapia respiratoria. Ejecucion de talleres grupo de enfereria (protocolos) | Evidencia de un (1) lista de chequeo terapia respiratoria especialistas : Eviidencia de los talleres de enfermería con acta | 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 | | Garantizar la implementacion 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 Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal |
| 3 | | | Seguimiento al cronograma de capacitación | Evidencia de (4) informes de cumplimiento al cronograma | N° de actividades realizadas / N°actividades programadas | 50% | 2 | Semestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal |
| 4 | | Garantizar orientación e información oportuna al usuario | Brindar información sobre normas de ingreso y protocolo de lavado de manos a los padres de los recién nacidos | Evidencia de (4) informes sobre el resultado del indicador de aplicación de las normas de ingreso y protocolo de lavado de manos a los padres de los recién nacidos. | No. registros realizados de información a los padres de los recién nacidos /No. total pacientes ingresados en el mes | 25% | 4 | Trimestral | 1/01/2026 | 31/12/2026 | Unidad Funcional Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal |
| 5 | | | Realizar educación con el personal asistencial y padres de familia respecto a cuidado del recién nacido en entrenamiento a la familia (madre-padre y familiar)en lactancia materna- cuidados del recién nacido y detección de signos de alarma. (>=90%) | Evidencia de cuatro (4) informes de capacitación de educación al personal asistencial y padres de familia respecto al cuidado del recién nacido en 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 gestion 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 |
| 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 Internación unidad de cuidado básico, intermedio e intensivo neonatal |
| 8 | | Participar en la aplicación de la autoevaluación de habitación 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | N° 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° 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 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 | N°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 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 | N° 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 | N° de acciones cumplidas / N° de acciones programadas en el plan de meioramiento | 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 area 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 epidemiologia antes del comité | N° 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 |
| 17 | | | | Evidencia de (4) seguimientos acciones cumplidas a plan de mejoramiento si aplica | N° 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 |
| 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: |
|-------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| NIDIA PATRICIA BARRERA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA |
| Coordinadora de UCIN | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Cientifico |



PLAN DE ACCIÓN

Codigo: 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 atencion 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 implementacion y seguimiento del cronograma de capacitación del area | 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 mejoamiento | 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 | N° de hallazgos subsanados / N° 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 | N° 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 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 fotografico y listado de asistencia (evidencia indicador mencionado en el plan de acción) | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N°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 area 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 | N° de colaboradores con socialización / N° 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 | N° de acciones cumplidas / N° 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 area 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 | N° 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 | N° 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: |
|-------------------------|--|-------------------------------------|
| <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> | <i>Original firmado</i> |
| FAIVER LOSADA | EGNA YOLIMA CUELLAR ADAMES | PABLO LEON PUENTES QUESADA |
| Lider Urgencias | Profesional de planeación y gestion de la ingeniería de procesos | Subdirector Tecnico - Científico |