



# Plan de Acción



E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA

NIT No 908.213.542-1

## 2.021

CONSTRUYENDO SALUD HUMANIZADA  
CARRERA 9 NO. 9 - 15 TELEFONO: (0587) 773098 - URUMITA LA OCAJIRA



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

**NIT No 800.213.942-1**

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 1

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2.021**

El Plan de Acción 2.021 constituye en sí misma, una herramienta metodológica muy ventajosa para la Institución, por su orientación hacia el logro de objetivos concretos y su afinidad con el plan de choque que lo antecede y su orientación hacia la recuperación económica y desarrollo institucional, entregando resultados que generan grandes beneficios, tanto para los usuarios como para la propia Institución.

Seguidamente a este plan la Institución articulará con un horizonte de 4 años, el Plan de Desarrollo para el periodo 2020-2024, tiempo que permitirá evaluar con certeza el esfuerzo para subsistir a la crisis y avanzar con el desarrollo de estrategias que le permitan a la organización asumir el enorme desafío de mantenerse activa en el mercado de la salud y recuperar gradualmente el liderazgo demostrado por tantos años en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad como en la formación del talento humano para el sector salud.

**1. OBJETIVO:**

El Plan de Acción Institucional 2.021 se elabora con el propósito de establecer las acciones que le permitan a la E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA no aumentar el déficit financiero en el corto plazo y recuperar su nivel de operación de baja complejidad, redefiniendo su rol como empresa de salud del nivel I Integral.

**2. ALCANCE:**

El presente plan es competencia de todos los niveles de operación de la Entidad: Estratégico, Misional, Apoyo y Control. Este Plan de Acción presenta las líneas estratégicas que orientan acciones que propenden por un ajuste organizacional y financiero en el corto y mediano plazo; evitando con ello la adopción de medidas de intervención forzosa..

El Plan debe ser revisado por la Gerencia y ajustado de ser necesario por las condiciones propias de la Entidad y su entorno. Como todo Plan de la E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA. tendrá un componente teórico y su correspondiente anexo o componente práctico, el cual se establece en el formato plan de acción..

Todas las actividades definidas en este plan se desarrollan desde tres líneas estratégicas, que en su orden de prioridad son: 1. REDISEÑO ORGANIZACIONAL, 2. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y 3. DISMINUCIÓN DEL DEFICIT OPERACIONAL,



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

**NIT No 800.213.942-1**

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 2

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**3. RESPONSABILIDAD:**

3.1. Elaboración y actualización del Plan: Proceso de Direccionamiento Estratégico: Gerencia, Profesional Universitarios de Servicios de Salud, Profesional Universitarios de Administrativa, Asesor Financiero, Oficina Asesora de Comunicación, Epidemiología Hospitalaria y la Oficina Asesora de Planeación, la cual define la metodología para su formulación, facilita su construcción y realizará seguimiento trimestral para retroalimentar al nivel Directivo.

3.2. Implementación: Gerencia, Asesores, Gerencias, Profesionales Universitarios de Servicios de Salud, y área Administrativa, Coordinaciones, Jefes de Oficina, Profesionales, Técnicos, Auxiliares, Operativos.

3.3. Consolidación del Plan: Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces en la Entidad Prestadora de Servicios de Salud.

3.4. Verificación, Seguimiento y Control: Oficina Asesora de Control Interno y de Planeación y Junta Directiva.

**4. DEFINICIONES:**

**4.1. Plan de Desarrollo:** Instrumento rector de la planeación institucional, que sirve como fundamento normativo de las políticas necesarias para el desarrollo integral y sustentable de la Institución, el plan de desarrollo es el instrumento de planificación que orienta el accionar de los diferentes actores de la Institución durante un período de 4 años; en este se expresan los objetivos, metas, políticas, programas, subprogramas y proyectos de desarrollo.

Un plan de desarrollo es un ejercicio prospectivo en el cual se sueña con una Institución mejor, pero a la vez es un ejercicio práctico donde se diseñan instrumentos viables que efectivamente permitan convertir la Institución deseada en una Institución posible.

**4.2. Plan de Acción:** Instrumento para la evaluación continua de los programas, presentación de la actividades que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos asignados con el fin de lograr un objetivo dado

**4.3. Líneas Estratégicas:** Son el medio para lograr alcanzar los objetivos estratégicos marcados por la organización. Cada línea, siendo la base sobre la que derivará el plan de acción.

Las líneas deben tener presente la realidad de la empresa, siendo una combinación de objetivos "estrella", retadores, que darán brillo al plan y líneas "vivas" más orientadas a la operativa y próxima a la mejora organizativa.

Cada línea estratégica está acompañada de:



E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 3

PLAN DE ACCION

GERENCIA

- x Definición de su razón de ser: Qué elemento o factor actual condiciona la necesidad de generar dicha línea
- x Resultado deseado: y que pretendemos alcanzar por medio de las acciones que engloben dicha línea.
- x Relación directa e indirecta sobre cada uno de los objetivos estratégicos dónde exista dicha vinculación. Este dato es de vital importancia para definición de las estrategias, así como la valoración y priorización de las mismas.

**4.4. Objetivos Estratégicos:** Son "las intenciones o propósitos específicos de una determinada intervención pública, cuyo cumplimiento se quiere verificar"; es decir, son los propósitos que una administración espera alcanzar, mediante la ejecución del plan de desarrollo, durante el respectivo periodo de gestión.

**4.5. Metas:** Corresponden a la cuantificación de los objetivos a alcanzar con los recursos disponibles, en un tiempo determinado. En otras palabras, son la concreción de los objetivos, y por lo tanto, sobre las cuales se debe focalizar los esfuerzos y recursos de la Administración, así como el control social que ejerce la ciudadanía para garantizar su efectivo cumplimiento.

Existen diferentes tipos de metas, como son:

- i) Metas de resultado
- ii) Metas de producto
- iii) Metas de gestión

Siendo este Plan da Acción a corto plazo, las metas a alcanzar son para la vigencia 2.021, son meta de producto

**4.5.1. Metas de resultado:** Hacen referencia al cambio de un problema o el aprovechamiento de un potencial detectado en la entidad territorial y requieren que se conozca con claridad la situación inicial o actual para poder evaluar el cambio o modificación lograda.

**4.5.2. Metas de producto:** Están relacionadas con la forma como se piensa solucionar el problema o las condiciones para aprovechar la potencialidad, es decir, cómo se van a enfrentar las causas que generan dicha situación problemática o la potencialidad. Las metas de producto deben contribuir al logro de las metas de resultado establecidas por la Institución.

**4.5.3. Metas de gestión:** Se relacionan con las acciones, procesos, procedimientos y operaciones para alcanzar las metas de producto y en consecuencia las de resultado.

**4.6. Indicador:** Punto de referencia que permite observar y medir el avance en el logro de una meta esperada o de una situación determinada. Según la información proporcionada por cada indicador, éstos pueden ser cualitativos o cuantitativos.

Los indicadores cuantitativos se expresan en términos de número, porcentaje, razón (tasas)



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

**NIT No 800.213.942-1**

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 4

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Los indicadores cualitativos se expresan como el cumplimiento de una condición o como una escala de valores o de opinión; por ejemplo: sí o no; bueno, regular, malo; alto, medio, bajo, etc.

En este sentido los indicadores se deben asociar con la clasificación de las metas.

**4.6.1. Indicador de resultados:** Índice que permite observar y medir el avance en el logro de una meta de resultado.

**4.7. Programa:** Es una unidad lógica de acciones dirigidas al logro de los propósitos establecidos en los objetivos estratégicos.

## 5. PLAN DE ACCIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA VIGENCIA 2.021

### 5.1. LINEAS ESTRATEGICAS

En un primer nivel, el plan de acción institucional presenta las líneas estratégicas como líneas orientadoras para lograr alcanzar los objetivos estratégicos marcados por la Institución para la vigencia 2021. Cada línea, siendo el sustento del plan de acción, fue definidas partiendo de la realidad de la E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA, y van orientadas a su operación y mejoramiento.

Cada línea define su razón de ser, el resultado deseado, la relación directa sobre cada uno de los objetivos estratégicos y los programas institucionales.

#### 5.1.1. REDISEÑO ORGANIZACIONAL

**Razón de ser de la línea:** Esta línea orienta la reorganización de la estructura ya existente en la Institución, la cual debe ser cambiada debido a las diferentes circunstancias, el reordenamiento se constituye en la única respuesta posible a vicisitudes o factores externos que influyen sobre el Hospital. Adelantar el proceso de reestructuración y modernización administrativa, le permitirá al Hospital ejercer de manera eficiente sus competencias y responsabilidades, con el fin de dar respuesta oportuna a las necesidades del servicio y sobre todo, satisfacer las necesidades en salud de la comunidad.

**Resultado deseado:** Estudio de la nueva estructura Organizacional

**Relación directa e indirecta:**

#### 5.1.2. DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

**Razón de ser de la línea:** El Hospital debe ajustar su oferta de servicios de salud, teniendo en cuenta su competencia dentro de la Red Departamental, su capacidad instalada y razón de existir, desarrollando en los servicios de Baja complejidad integral ventajas diferenciadoras que le permitan recuperar el liderazgo en la prestación de servicios de salud.



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 5

**Resultado deseado:**

- Modelo de prestación de servicios desplegado e implementado
- Portafolio de servicios de salud ajustado
- Seguimiento Alianzas Estratégicas Realizado
- Proyectos gestionados para la consecución de recursos a nivel nacional e internacional

**5.1.1. DISMINUCIÓN DEL DEFICIT FINANCIERO**

**Razón de ser de la línea:** Durante las últimas vigencias, el Hospital ha demostrado un desequilibrio financiero, debido al comportamiento de los gastos, el cual no guardó relación con el comportamiento del recaudo y una tendencia de los ingresos por servicios que no mostró incremento, si se analiza en términos reales débil que es la estructura financiera del hospital y las falencias de sus procesos de facturación, radicación, trámite de glosas y recaudo, lo que agudiza la crisis de liquidez.

Es importante procurar la sostenibilidad financiera de la ESE, la cual debe estar enmarcada en un escenario que garantice el equilibrio operacional como fundamento de la viabilidad financiera y significar el mejoramiento del recaudo en el esfuerzo por mejorar la calidad de la facturación, la oportunidad en la radicación y la eficiencia en la gestión del cobro.

**Resultado deseado:**

- Disminuir el gasto en un 25%
- Garantizar que el 70% de los egresos diarios cuenten con la totalidad de los soportes para su facturación.
- Radicar en las entidades el  $\geq 85\%$  de la facturación.
- Disminución de la glosa a un % máximo del 7% de la radicación y un 10% referente a las devoluciones.
- Política de venta de servicios de salud formulada, implementada y socializada.
- Recuperación del 75% de la cartera

**5.2. EQUIVALENCIA DE LAS LINEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE ACCIÓN 2.021**

Poniendo en relación de igualdad o equivalencia las líneas estratégicas definidas en ambos planes, se hace la siguiente alineación de acuerdo a las características comunes, referidas a la naturaleza, función o clase de cada una de ellas.

LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE SALVAMENTO	LINEA ESTRATÉGICA PLAN DE ACCIÓN 2.021
Portafolio De Servicios Ajustado	Desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud.
Equilibrio Financiero	Disminución del déficit operacional.
Rediseño del Hospital	Rediseño organizacional



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

**NIT No 800.213.942-1**

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 6

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**5.3. OBJETIVOS**

LINEA	OBJETIVO ESTRATÉGICO
1. Rediseño organizacional	Al 2021 reorganizar la estructura misional actual del hospital, modificando sus características para permitirle cumplir mejor su actividad misional y asegurar su supervivencia.
2. Desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud.	Prestar de servicios de salud con énfasis en la alta complejidad, cumpliendo estándares de calidad, centrado en la persona y su familia, basados en la innovación e investigación.
3. Disminución del déficit operacional.	Disminuir en el 2021 hasta en un 25% el déficit operacional de la Institución, a través del saneamiento de los pasivos, el fortalecimiento del proceso de facturación y mejorando la gestión.

**5.4. PLAN DE ACCIÓN**

En documento anexo de Excel, se presenta el conjunto de actividades establecidas por la E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA para la vigencia 2021, con sus correspondientes metas, subactividades, tiempos, responsables e indicadores.

**5.5. CONSOLIDACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL.**

La consolidación del Plan de Acción Institucional está a cargo de la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces en la Entidad Prestadora de Servicios de Salud, Oficina que además servirá de facilitador para todo el proceso de elaboración.

El seguimiento de las actividades establecidas en el plan de acción institucional, está a cargo, en primera instancia de cada responsable vinculado a la actividad, en segunda instancia, el seguimiento lo realizará la Oficina Asesora de Planeación de manera trimestral, seguimiento del cual quedará un informe de los avances y dificultades encontradas en el cumplimiento de los objetivos y metas.

Como parte de su función evaluadora de la gestión institucional, le corresponde a la Oficina de Control Interno, la verificación de la elaboración del plan, de su visibilización, y el control a las acciones programadas.

**6. ACCIONES DE CONTINGENCIA.**

No Aplica

**7. DOCUMENTOS RELACIONADOS**

Otros documentos del Sistema de Gestión Integral de Calidad HUV que se relacionan con el Plan son el Plan de Desarrollo Hospital y el Plan de Gestion Gerencial



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

**NIT No 800.213.942-1**

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 7

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**8. ANEXOS**

8.1. Plan de Acción E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA-2021 – componente de Excel

8.2 Anexo presupuestal

**9. REFERENCIAS**

9.1. Ley 152 de 1994, Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.

9.2. Ley 1474 de 2011, Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

9.3. Ley 1712 de 2015, Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones





**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Talento Humano**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Coordinar el proceso de evaluación del desempeño laboral de los servidores públicos de la empresa, según lo previsto en el acuerdo 6176 de 2019 y las directrices emanadas de la CNSC	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Concertación de objetivos y evaluaciones realizadas en términos establecidos	100 % de servidores públicos registrados en plataforma SEDEL de la CNSC, con Concertación de objetivos y evaluaciones realizadas en términos establecidos	Concertación de objetivos y evaluaciones realizadas en términos establecidos	21 febrero concertación de objetivos para 2021 y evaluación de 2021, 21 de agosto evaluación primer periodo
2	Adelantar gestiones requeridas por la secretaria de salud departamental para la creación de planta temporales en la entidad	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Acciones realizadas/acciones requeridas *100	1	Soporte documental de acciones adelantadas	Conforme solicitud por parte de la Secretaraí de Salud de La Guajira
3	Adelantar gestiones requeridas por Comisión Nacional de Servicio Civil para vinculación de personal en carrera administrativa	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Acciones realizadas/acciones requeridas *100	1	Soporte documental de acciones adelantadas	Conforme solicitud por parte de la CNSC
4	Formular el plan estrategico de talento humano y someterlo a aprobación por parte de la Gerencia	ANIBAL MAESTRE NIEVES	PETH Formulado aprobado e implementado	PETH formulado y Aprobado	plan de acción del PETH cumplido según cronograma	según cronograma presentado
5	Elaborar el plan de bienestar e incentivos de los servidores públicos para la vigencia 2021	ANIBAL MAESTRE NIEVES	plan de bienestar aprobado por Gerencia	1	plan de bienestar aprobado por Gerencia	28-feb-21
6	Actualizar el plan anual de vacantes 2021	ANIBAL MAESTRE NIEVES	plan anual de vacantes actualizado	1	plan anual de vacantes actualizado	31-mar-21
7	Actualizar el plan de prevision de recurso humano	ANIBAL MAESTRE NIEVES	plan anual de prevision del recurso humano	1	plan anual de prevision del recurso humano actualizado	31-may-21
8	Validar actualización de hojas de vida y bienes y rentas en plataforma SIGEP, según fechas establecidas por la normativa legal aplicable	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Número de hojas de vida validadas/No. Servidores públicos en planta	100	Soporte de validación en SIGEP	30-jul-21
9	Cumplir con los requerimientos de la plataforma PASIVOCOL para el programa de saneamiento de PASIVO PRESTACIONAL del Minsiterio de Hacienda	ANIBAL MAESTRE NIEVES	(No de actividades ejecutadas del cronograma / No de actividades programadas en cronograma)*100	100	Base de datos registrada en pasivocol según certificación del asesor regional.	según cronograma establecido por PASIVOCOL



NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

10	Adelantar gestiones requeridas por la Secretaría de Salud Departamental referentes al saneamiento de aportes patronales de la vigencia 2021.	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Acciones realizadas/acciones requeridas *100	100	SopORTE documental de acciones adelantadas	Conforme solicitud por parte de DESALUD
11	Realizar el reporte de los exservidores públicos inscritos en carrera administrativa, que se encuentran desvinculados de la institución	ANIBAL MAESTRE NIEVES	No de reportes presentados a CNSC/No de servidores desvinculados * 100	100	reporte en plataforma de la CNSC de personal desvincuado	30-mar-21

**Programa de SG-SST**

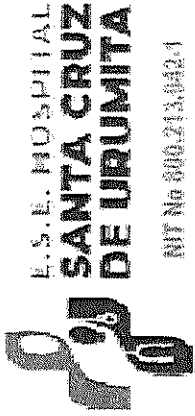
No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	SopORTE	Plazo
12	Desarrollar plan de trabajo conforme a lo estipulado en el decreto 1111 de 2017, para la vigencia 2021	ANIBAL MAESTRE NIEVES	(No de actividades ejecutadas del cronograma / No de actividades programadas en cronograma) *100	100	SopORTE documental de acciones adelantadas	Según fechas establecidas enplan de trabajo. A Diciembre 31 de 2021

**Programa: Plan de gestión ambiental**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	SopORTE	Plazo
13	Ejecutar el plan de acción propuesto en el programa hospital sostenible para la vigencia 2021	ANIBAL MAESTRE NIEVES	(No de actividades realizadas según cronograma/ No de actividades programadas) *100	100	Cronograma formulado y soporte físico y/o electrónico de las actividades realizadas	Según cronograma programa Hospital Sostenible. Hasta Diciembre 31 de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	SopORTE	Plazo
14	Realizar las auditorias que le sean asignadas	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Auditorias realizadas	Según programación de plan de auditorias	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
15	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
16	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	ANIBAL MAESTRE NIEVES	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ  
 DE URUMITA**  
 NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Proyecto: Gestión Presupuestal**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Generar Certificados de disponibilidad Presupuestal y Registros presupuestales, según procedimientos establecidos, que soporten cada pago de la entidad	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	CDP y RP generados según procedimiento establecido	CDP y RP generados según procedimiento establecido	CDP y RP generados según procedimiento establecido	Permanente hasta el 31 de diciembre de 2021
2	Generación de ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos generadas mensualmente	12	Ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos generadas	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Realizar el costeo de cada una de las cuentas radicadas a la entidad	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Número de cuentas con costeo realizado/Total cuentas radicadas a la entidad	100%	Formato de costeo y factura radicada	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021
4	Alimentar el aplicativo SIHO, conforme a lo estipulado en el decreto 2193, en lo referente a presupuesto	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Formatos SIHO diligenciados	1). Cuatro (4) Informes Trimestrales. 2). Dos (2) Informes semestrales. 3). Un (1) INFORME anual. Conforme a periodicidad establecida en el Decreto 2193 de 2004.	Formatos SIHO diligenciados	Según fechas establecidas por Secretaría departamental de salud hasta el 31 de diciembre de 2021
5	Dar cumplimiento a la entrega de informes a entes de control y entidades territoriales, en lo referente a presupuesto	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	(Entrega de informes a entes de control y entidades territoriales, referentes a presupuesto, dentro de los términos establecidos/informes a los que está obligada la entidad)*100	100%	Evidencia de envío y/o cargue de informes	31 de diciembre de 2021
6	Diligenciar el formato denominado "asignación y ejecución de recursos asignados a mantenimiento hospitalario", en lo referente al compromiso y al pago realizado	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Formato de asignación y ejecución de recursos asignados a mantenimiento hospitalario, diligenciado mensualmente	12	Formato de asignación y ejecución de recursos asignados a mantenimiento hospitalario, diligenciado mensualmente	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCIÓN

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

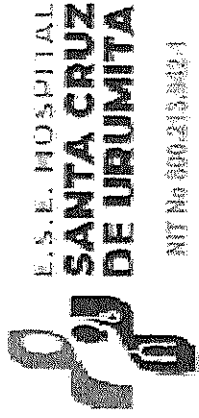
VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

7	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Planes de mejoramiento entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
8	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Gestión de Recaudo**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Recaudo de cartera vigencia 2021	JEFE CARTERA	(Valor recaudo actual/Reconocimiento por servicios de salud vigencia 2021)*100	Mayor o igual al 54%	Ejecución Presupuestal	31 de diciembre de 2021
2	Recaudo Cartera vigencias anteriores	JEFE CARTERA	(Valor recaudo anterior/Cuentas por cobrar vigencias anteriores, por servicios de salud)*100	Mayor o igual al 25%	Ejecución Presupuestal	31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Gestión de Cobro**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
3	Actualizar el reglamento de cartera y remitirlo a normalización	JEFE CARTERA	Actualización de reglamento de cartera	Reglamento actualizado	Reglamento actualizado remitido a normalización.	31 de marzo de 2021
4	Realizar cruces de cartera trimestrales con las EAPB que representen el 50% de la facturación de la entidad	JEFE CARTERA	Cruces de cartera realizados	Cruces de cartera realizados con EAPB que representen el 50% de la facturación de la entidad	Acta de cruce de cartera, suscrita por las partes	Trimestral, hasta el 31 de diciembre de 2021
5	Realizar reunión con el área jurídica a fin de determinar las EAPB a quienes se debe iniciar cobro coactivo	JEFE CARTERA	Reunión realizada	1	Acta de reunión en la que se definan las EAPB que serán objeto de cobro coactivo	28 de febrero de 2021
6	Adelantar trámites para iniciar cobro coactivo a las EAPB priorizadas	JEFE CARTERA	Cobros coactivos realizados/EAPB priorizadas	100	Soportes de inicio de procesos de cobro coactivo	31 de diciembre de 2021
7	Realizar el cargue de información relativa a las circular 130	JEFE CARTERA	Información remitida a Secretaría de Salud de La Guajira	12	Soportes de envío de la información vía correo electrónico.	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
8	Realizar el cargue de información relativa a la circular y 030	JEFE CARTERA	Cargue de información de circular 030	4	Soportes de cargue de la información	Trimestral a partir del 31 de enero de 2021.
9	Remitir resultado de seguimiento de compromisos de circular 030 a Secretaría de Salud Departamental.	JEFE CARTERA	No. De resultados remitidos a Secretaría de Salud Departamental	12	Soportes de envío por correo electrónico	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

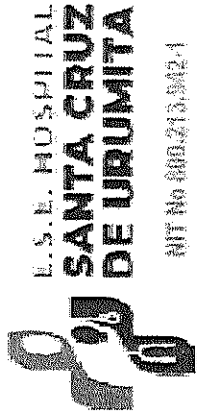
VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
10	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	JEFE CARTERA	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
11	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	JEFE CARTERA	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 1

**Proyecto: Tesorería**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Realizar la liquidación y reporte de informe de Retención en la Fuente	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Liquidación y presentación de informe de Retenciones a la DIAN	12	Radicado de informes ante la DIAN	Mensual hasta el 31 de diciembre
2	Realizar la recepción de recursos recibidos en las cajas de consulta externa, urgencias y hospitalización	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Recepción diaria de recursos recibidos en las cajas del hospital y generación de informe	informe por cada día habil del año	Arqueo de cajas auxiliares y consignaciones realizadas	Diario (en días hábiles)
3	Realizar el soporte requerido a cada una de las cuentas pagadas	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Porcentaje de cuentas pagadas debidamente soportadas	100	Pagos realizados junto con comprobante de egresos y sus respectivos soportes	Permanente
4	Realizar el informe de reintegro y compras de elementos de caja menor	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Informes de reintegro y compras de elementos de caja menor realizado	12	Informes elaborados con sus respectivos soportes	Mensual
5	Realizar reintegros a usuarios en caso de ser necesario, conforme a procedimiento establecido	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Reintegros realizados/Reintegros requeridos y debidamente soportados	100	Comprobante de egresos con sus respectivos soportes	Ocasional

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

6	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
7	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	LIANNA MAESTRE GONZALEZ	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ**  
**DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: consolidación y seguimiento a indicadores**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Realizar acompañamiento a líderes de la entidad, a fin de facilitar el diligenciamiento del aplicativo de captura de información	GERENCIA	Acompañamientos realizados	De acuerdo a necesidad	Formato de reunión diligenciado	Según necesidad
2	Condensar y remitir de forma mensual, los indicadores de calidad, a las EAPB con las que el hospital tiene relación contractual	GERENCIA	Consolidación y envío mensual de la información de calidad	12	Correos electrónicos	Mensual
3	Liderar la reunión mensual de presentación y análisis de indicadores de calidad, relativos a la resolución 256 de 2016, o las que eventualmente la modifiquen.	GERENCIA	Realización de reunión mensual	12	Archivo de consolidación y análisis y actas de reunión	Mensual
4	Realizar proyecciones para elaborar el presupuesto, así como las modificaciones que se requieran durante la vigencia	GERENCIA	Proyecciones elaboradas según necesidad	De acuerdo a necesidad	Proyecciones elaboradas y entregadas a subgerencia administrativa	Según necesidad


**Proyecto: Medición y mejoramiento**

5	Realizar las auditorías que le sean asignadas	GERENCIA	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
6	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	GERENCIA	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
7	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	GERENCIA	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad

**Proyecto: Gestión del riesgo**

8	Elaborar el mapa de riesgos de la entidad	GERENCIA	Elaboración y publicación del mapa de riesgos	mapa de riesgos elaborado y publicado	mapa de riesgos elaborado y publicado en la página institucional	Hasta el 30 de enero de 2021
9	Elaboración del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	GERENCIA	Elaboración y Publicación del PAAC	Elaboración y Publicación del PAAC	PAAC publicado en la página institucional	Hasta el 30 de enero de 2021
10	Realizar seguimiento cuatrimestral para verificar cumplimiento de actividades del PAAC	GERENCIA	Seguimientos cuatrimestrales	3	Matriz de seguimiento diligenciada	10 de enero, 15 de mayo, 15 de septiembre de 2021.



 <p><b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b> NIT No 800.213.942-1</p>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2019	
		VERSION:01	
Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005		Fecha: 2-01-2019	
<b>COMUNICACIONES E INFORMES</b>			
NOMBRE DEL PROCESO:		RESPONSABLE:	
PLAN DE ACCION		GERENCIA	
		Pag. N° 2	

11	Elaborar y remitir a quien aplicare, informe relativo al SARLAF	GERENCIA	Envío mensual de informe SARLAF a la UIAF	12	Certificado de recibido del informe	Mensual
----	---	----------	---	----	-------------------------------------	---------

**Proyecto: Rendición de cuentas**

12	Realizar la coordinación y acciones pertinentes para el desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas	GERENCIA	Audiencia de rendición de cuentas realizada	Audiencia de rendición de cuentas realizada	Ayudas audiovisuales utilizadas en la audiencia de rendición de cuentas, Soportes de asistencia, evidencia fotográfica	Hasta el 30 de abril de 2021
13	Elaborar informe y evaluación de la audiencia de rendición de cuentas	GERENCIA	Informe y evaluación de la audiencia de rendición de cuentas	Informe y evaluación de la audiencia de rendición de cuentas	Informe y evaluación de la audiencia de rendición de cuentas publicado en página web y en página de la Superintendencia Nacional de Salud	Hasta el 31 de mayo de 2021

**Proyecto: Planes Operativos Anuales**

14	Coordinar con los líderes de la entidad la formulación de los Planes Operativos Anuales	GERENCIA	Planes Operativos Formulados y entregados a gerencia para presentar a Junta directiva	Planes Operativos Formulados y entregados a gerencia para presentar a Junta directiva	Planes Operativos Formulados y entregados a gerencia para presentar a Junta directiva	Hasta el 30 de enero de 2021
15	Remitir planes Operativos a Control Interno y Lider de comunicaciones para su publicación y seguimiento	GERENCIA	Planes Operativos remitidos a Control Interno y Lider de comunicaciones	Planes Operativos remitidos a Revisoría fiscal, Control Interno y Lider de comunicaciones	Soportes de envío de POA, via correo electrónico	Hasta el 30 de enero de 2021
16	Realizar seguimiento trimestral para verificar cumplimiento de Planes Operativos Anuales	GERENCIA	Seguimientos trimestrales	4 (El primero corresponde a la evaluación de la vigencia 2021)	Documento de evaluación elaborado y actas de reunión de socialización de resultados	31 de enero, 15 de mayo, 15 de Agosto y 15 de Noviembre de 2021.
17	Remitir resultados de evaluaciones realizadas a la oficina de Control interno	GERENCIA	Envío trimestral de resultados	4	Soporte envío informes	Trimestral



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

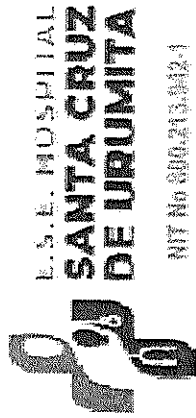
VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 3

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

18	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	GERENCIA	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
19	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	GERENCIA	participación en actividades de formulación de PAMEC Actividades ejecutadas/actividades programadas	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
20	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	GERENCIA	Autoevaluación elaborada	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Facturación Limpia**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Actualizar el subproceso de facturación	FACTURACION	Subproceso actualizado y normalizado	Documento guía del proceso de facturación limpia y digital diseñado.	Subproceso actualizado y normalizado	30 de junio de 2021
2	Una vez identificados en comité de cartera los errores más frecuentes, adelantar acciones tendientes a disminuir la anulación de las facturas generadas.	FACTURACION	Porcentaje de anulación de facturas respecto del valor facturado	A junio 30 menor o igual al 35%. Resultado entre 36 y 44% tendrá calificación de 50; resultado de 45 o más tendrá calificación de 0. A 30 de octubre 30%. Resultado entre 31 y el 35% la calificación será de 50; si el resultado es de 36 o más la calificación será 0. A 31 de diciembre, menor o igual a 25%. Resultado entre 26 y 30% tendrá calificación de 50. Resultado de 31% o más tendrá calificación de 0.	Verificación aplicativo resumen facturación.	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Realizar la entrega diaria de facturas, debidamente soportadas, a líder de preauditoría.	FACTURACION	Porcentaje de facturas debidamente generadas y soportadas entregadas diariamente al área de preauditoría médica	Mayor o igual al 90%	Informe generado por líder de preauditoría	Mensual
4	Con base en los hallazgos de la auditoría de pre radicación de facturas, de líder de devoluciones, preauditoría y de auditoría médica, elaborar plan de mejoramiento	FACTURACION	Plan de mejoramiento elaborado	4	Formato de plan de mejoramiento diligenciado y firmado por las partes.	Trimestral a partir de marzo de 2021



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

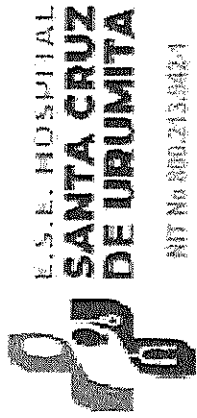
Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

5	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	FACTURACION	Actividades de plan de mejoramiento ejecutadas/Actividades de plan de mejoramiento formuladas	4	Soporte de actividades realizadas	Trimestral a partir de abril de 2021
6	En compañía de profesionales de los procesos de devoluciones, preauditoría y/o auditoría, retroalimentar a facturadores sobre los hallazgos realizados.	FACTURACION	Reunión de retroalimentación realizada	12	Soporte de reunión realizada en formato normalizado para tal fin	Hasta 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

7	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	FACTURACION	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
8	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	FACTURACION	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Gestión Financiera**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Elaborar estados financieros, con corte a 2021, a fin de que estos sean presentados y aprobados por parte de la junta directiva	CONTADOR	Estados financieros elaborados y presentados ante junta directiva	Estados financieros elaborados y presentados ante junta directiva	Estados financieros firmados, acta de junta directiva	30 de abril de 2021
2	Generar estados financieros Trimestrales	CONTADOR	Estados financieros parciales elaborados	4	Estados financieros publicados en página web	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Entrega y validación del informe correspondiente al decreto 2193	CONTADOR	Entrega y validación del informe trimestrales, semestrales y anuales, conforme a lo estipulado en el decreto 2193	1). Cuatro (4) Informes Trimestrales. 2). Dos (2) Informes semestrales. 3). Un (1) INFORME anual. Conforme a periodicidad establecida en el Decreto 2193 de 2004.	Evidencia de periodos presentados en el aplicativo SIHO, reporte anual de cumplimiento de información de 2193, generado por parte del Ministerio de Salud y de Protección Social	Según fechas establecidas por Secretaría departamental de salud hasta el 31 de diciembre de 2021
4	Dar cumplimiento a la entrega de informes a a entes de control y entidades territoriales	CONTADOR	(Entrega de informes a entes de control y entidades territoriales, dentro de los términos establecidos/Informes a los que está obligada la entidad)*100	100%	Evidencia de envío y/o cargue de informes	31 de diciembre de 2021
5	Actualizar el subproceso de contabilidad	CONTADOR	Subproceso de contabilidad actualizado	1	Subproceso de contabilidad actualizado	30 de junio de 2021
6	Mantener actualizada la parametrización contable del aplicativo dinámica gerencial, de acuerdo a eventuales modificaciones del plan contable bajo nuevo marco normativo resolución 414 de 2014 y sus modificatorios	CONTADOR	Cambios en los parámetros contables del aplicativo dinámica gerencial, en caso de ser necesarios, de acuerdo a las modificaciones del plan contable bajo nuevo marco normativo resolución 414 de 2014 y sus modificatorios	Según necesidad	Informe del ajuste realizado al aplicativo, entregado por el área de sistemas y/o Evidencia de modificación de parametrización de la cuenta, según plan contable actualizado y vigente. en el aplicativo.	Permanente



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

7	Realizar las auditorías que le sean asignadas	CONTADOR	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
8	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	CONTADOR	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
9	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	CONTADOR	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad

<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2019	
<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01	
Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005		Fecha: 2-01-2019	
<b>COMUNICACIONES E INFORMES</b>			
NOMBRE DEL PROCESO:		RESPONSABLE:	
PLAN DE ACCION		GERENCIA	
		Pag. N° 1	



**Proyecto: Contratación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Entrega mensual del informe SIA	CONTRATACION	Informe SIA radicado dentro de los términos establecidos por parte de la Contraloría Genaral de la República	12	Pantallazo del informe remitido	Mensual.Hasta el 31 de diciembre de 2021
2	Alimentar el componente de contratación de la plataforma SIHO	CONTRATACION	(Número de contratos de servicios personales indirectos y por Honorarios reportados en el aplicativo SIHO, dentro de los términos establecidos por el decreto 2193/Número de contratos de servicios personales indirectos y por Honorarios suscritos)	100%	Registro de validación de aplicativo SIHO trimestral y anual	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Realizar auditoría a la contratación, verificando que esta cuente con la totalidad de documentos soporte	CONTRATACION	Auditoría a la contratación realizada para verificar totalidad de soportes en cada contrato	2	Formato de auditoria diligenciado y plan de mejoramiento con hallazgos	A 30 de junio y a 31 de diciembre 2021
4	Realizar seguimiento mensual a la ejecución de los contratos suscritos por el Hospital	CONTRATACION	(Contratos a los que se realizar seguimiento en su ejecución/Contratos suscritos por el Hospital)*100	100%	Base de datos de seguimiento de la ejecución de contratos suscritos por el hospital.	Periódico hasta 31 de Diciembre de 2021

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

5	Participar en la autoevaluación de estándares de acreditación, según resolución de gerencia y programación realizada por el área de calidad	CONTRATACION	Autoevaluación elaborada	Según programación de lider de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación, expedida por el lider de calidad	Según programación de lider de calidad
---	---	--------------	--------------------------	--	--	--

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

6	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	CONTRATACION	Planes de mejoramiento formulados y entregados a lider de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
7	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	CONTRATACION	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Proyecto: Asesoría Jurídica**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Dar cumplimiento a las decisiones adoptadas por parte del comité de conciliaciones de la entidad.	ASESOR JURIDICO	Acciones realizadas, según decisiones adoptadas por el comité/Decisiones adoptadas por el comité de conciliaciones	100%	Soporte documental de las acciones adelantadas	Periódico. Hasta el 31 de diciembre de 2021
2	Dar respuesta a derechos de petición y tutelas dentro de los términos legales	ASESOR JURIDICO	(Contestación a derechos de petición y/o tutelas recibidas dentro de términos legales/Derechos de petición y/o tutelas recibida) * 100	100%	Radica de la contestación y/o constancia de envío físico o por correo electrónico	Periódico. Hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Proyectar y entregar a contabilidad, información relativa a las contingencias judiciales de la entidad.	ASESOR JURIDICO	Entrega a contabilidad, de información relativa a contingencias judiciales	12	Archivo en excel, correos electrónicos enviados y/o oficios remitidos	Mensualmente a partir de enero y hasta diciembre de 2021
4	Actualización mensual del sistema SIHO del Ministerio de salud para el reporte de procesos judiciales.	ASESOR JURIDICO	Actualización mensual del aplicativo SIHO	Aplicativo SIHO actualizado.	Formulario procesos jurídicos aplicativo SIHO	Periódico. Hasta el 31 de diciembre de 2021
5	Envío de informe de estado de procesos jurídicos de la entidad, según decreto 2193	ASESOR JURIDICO	Envío de informe de estado de procesos jurídicos de la entidad, según decreto 2193	4	Soporte de entrega del informe a Secretaría de Salud de La Guajira	Trimestral hasta 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

6	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	ASESOR JURIDICO	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
7	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	ASESOR JURIDICO	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

8	Participar en la autoevaluación de estándares de acreditación, según resolución de gerencia y programación realizada por el área de calidad	ASESOR JURIDICO	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad
---	---	-----------------	--------------------------	--	--	--





**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Proyecto: Seguridad del Paciente**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Realizar socialización al manual enfoque inicial del paciente politraumatizado o trauma grave en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Socializaciones realizadas/Socializaciones programadas	2	Soportes de asistencia a socializaciones	Una a 30 de marzo y la segunda a 30 de junio de 2021
2	Evaluación de adherencia al manual enfoque inicial del paciente politraumatizado o trauma grave en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Evaluación de adherencia realizada	1	Informe de la evaluación de adherencia realizado al grupo de médicos del servicio de urgencias	30 de septiembre de 2021
3	Reunión de retroalimentación de resultados de la evaluación de adherencia del manual enfoque inicial del paciente politraumatizado o trauma grave en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Reunión realizada	1	Acta de reunión con compromisos	31 de octubre de 2021
4	Realizar socialización del procedimiento Triage en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Socializaciones realizadas/Socializaciones programadas	2	Soportes de asistencia a socializaciones	Una a 30 de marzo y la segunda a 30 de junio de 2021
5	Evaluación de adherencia procedimiento Triage en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Evaluación de adherencia realizada	1	Informe de la evaluación de adherencia realizado al grupo de médicos del servicio de urgencias	30 de septiembre de 2021
6	Reunión de retroalimentación de resultados de la evaluación de adherencia al procedimiento Triage en el servicio de urgencias	JANIO AUGUSTO OVALLE	Reunión realizada	1	Acta de reunión con compromisos	31 de octubre de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
7	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 2

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
8	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	JANIO AUGUSTO OVALLE	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
9	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
10	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
11	Realizar las auditorías que le sean asignadas	JANIO AUGUSTO OVALLE	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado, radicado en la oficina de calidad e informe de auditoría	Según programación
12	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	JANIO AUGUSTO OVALLE	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radcados en la oficina de calidad	Según necesidad
13	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	JANIO AUGUSTO OVALLE	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad

<b>E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA</b>		CODIGO: ESE-HSC-SA-2019
<b>NIT No 800.213.942-1</b>		VERSION:01
Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005		Fecha: 2-01-2019
<b>COMUNICACIONES E INFORMES</b>		
NOMBRE DEL PROCESO:		RESPONSABLE:
PLAN DE ACCIÓN		GERENCIA
		Pag. N° 1



**Proyecto: Gestión de SPQRFD**

No.	Actividad	Responsable	indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Actualización del proceso y subproceso de atención del usuarios de nivel de baja complejidad	CONTRATISTA	Proceso y subproceso actualizado	1	Proceso y subproceso actualizado	30 de junio de 2018
2	Realizar medición y análisis mensual de los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción del usuario	CONTRATISTA	Informes elaborados	12	Informe mensual de análisis de resultados de la encuesta de satisfacción del usuario	Mensual, hasta 31 de diciembre de 2021
3	Presentar los resultados de gestiones realizadas frente a las quejas más frecuentes	CONTRATISTA	Presentación de resultados de gestiones realizadas frente a quejas más frecuentes, en comité operativo	4	Actas de comité operativo	Trimestralmente a partir de abril de 2021

**Proyecto: Plan anticorrupción**

No.	Actividad	Responsable	indicador	Meta	Soporte	Plazo
4	Porcentaje de cumplimiento de actividades relativas al Plan anticorrupción, asignadas a su área	CONTRATISTA	(Número de actividades realizadas dentro de fechas definidas en plan anticorrupción/Número de actividades programadas en el Plan anticorrupción)*100	100%	Documentos que soporten la ejecución de actividades incluidas en el plan anticorrupción	Según cronograma establecido en plan anticorrupción hasta el 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Gobierno en línea**

No.	Actividad	Responsable	indicador	Meta	Soporte	Plazo
5	Porcentaje de cumplimiento de publicaciones relativas al Plan de gobierno en línea	CONTRATISTA	(Número de actividades realizadas dentro de fechas definidas en plan de gobierno en línea/Número de actividades programadas en el Plan de Gobierno en Línea)*100	100%	Registro de publicaciones realizadas y Pantallazos de las mismas	Según plazos establecidos en el plan de gobierno en línea, hasta el 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: IAMI**

No.	Actividad	Responsable	indicador	Meta	Soporte	Plazo
6	Elaborar y socializar el informe de encuestas de IAMI	CONTRATISTA	Informes elaborados y socializados en comité IAMI	4	Informe elaborado y actas de comité IAMI	Trimestral. El primero corresponde al último trimestre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCIÓN

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

NIT No 800.213.942-1

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

8	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	CONTRATISTA	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
9	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	CONTRATISTA	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
10	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	CONTRATISTA	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

9	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	CONTRATISTA	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
10	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	CONTRATISTA	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad
11	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo	CONTRATISTA	Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Proyecto: Seguridad del paciente**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Actualizar política de seguridad del paciente	JANIO AUGUSTO OVALLE	Política de seguridad actualizada	1	Política de seguridad actualizada	31 de marzo de 2021
2	Resolución de creación de comité de seguridad del paciente	JANIO AUGUSTO OVALLE	Resolución	1	Resolución de comité de seguridad del paciente	31 de marzo de 2021
3	Socializar el programa de seguridad del paciente y mecanismo de reporte	JANIO AUGUSTO OVALLE	Jornada masiva de socialización	4	Formato de socialización firmado y contenido de la socialización	31 de marzo de 2021
4	Actualización de formato de reporte de fallas en la atención a través del gestor.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Formato de reporte actualizado	1	Formato de reporte actualizado	31 de marzo de 2021
5	Clasificación y priorización de fallas en la atención identificadas del mes y remisión a líderes de área.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Clasificación y priorización de fallas en la atención	12	Documento remitido a líderes de área	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
6	Análisis de casos mínimo uno mensual con equipo asistencial asignado según el caso.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Análisis de casos realizado	12	Actas de análisis	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
7	Verificación de identificación correcta del usuario	JANIO AUGUSTO OVALLE	Aplicación de lista de chequeo	6	Lista de chequeo aplicada	Bimensual a partir de Enero de 2021
8	Verificar la correcta identificación de las muestras de laboratorio.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Aplicación de lista de chequeo	6	Lista de chequeo aplicada	Bimensual a partir de Febrero de 2021
9	Verificación de protocolo de prevención de caídas.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Aplicación de lista de chequeo	6	Lista de chequeo aplicada	Bimensual a partir de Febrero de 2021
10	Verificación del protocolo de prevención de úlceras por presión a través del programa de piel sana.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Aplicación de lista de chequeo	6	Lista de chequeo aplicada	Bimensual a partir de Febrero de 2021
11	Seguimiento a la ocurrencia complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de hemocomponentes.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Casos analizados/casos reportados	100	Actas de análisis	Según necesidad
12	Implementación del consentimiento informado de Enfermería	JANIO AUGUSTO OVALLE	Consentimiento informado implementado	1,00	Consentimiento informado implementado	31 de marzo de 2021
13	Realización de rondas multidisciplinarias de seguridad del paciente	JANIO AUGUSTO OVALLE	Rondas realizadas	3,00	Informe de rondas realizadas	1 cada cuatro meses a partir de abril de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

14	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021
----	---	----------------------	--	----	---	----------------------



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCIÓN

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

15	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	JANIO AUGUSTO OVALLE	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
16	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
17	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

18	Realizar las auditorías que le sean asignadas	JANIO AUGUSTO OVALLE	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
19	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	JANIO AUGUSTO OVALLE	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
20	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	JANIO AUGUSTO OVALLE	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

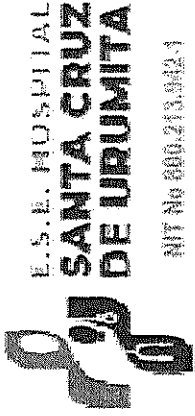
PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 1

**Proyecto: SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Alimentar base de datos con la información relativa a solicitud de recepción de pacientes desde primer nivel de atención. Incluye municipio de procedencia, edad, especialidad que remite, institución que acepta, EPS.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Número de informes generados.	Realizar condensado mensual de las solicitudes de recepción de pacientes desde primer nivel de atención	Archivo en excel y el condensado mensual de solicitudes de recepción de pacientes desde primer nivel.	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021
2	Realizar auditoría para verificar inclusión de información relativa a gestión de remisiones realizadas, en la historia clínica de cada paciente.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Auditoría a las remisiones realizadas en el mes inmediatamente anterior	80%	Formato de auditoría y documento con hallazgos	Mensual, a partir de enero y hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Realizar evaluación mensual a grupo de autorizaciones, referencia y ambulancias, relativa a temas propios de cada área	JANIO AUGUSTO OVALLE	Número de evaluaciones realizadas/Número de evaluaciones programadas(12)	100%	Soporte de evaluación realizada y documento de análisis de resultados	Mensual
4	Presentar informe relativo a las evaluaciones realizadas, en comité de cartera.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Informe presentado a comité de cartera	2	Informe elaborado y acta de comité de cartera	Junio 30 y diciembre 31 de 2021.
5	Realizar informe con análisis de pertinencia de remisiones de gestantes y hacer entrega mensual a coordinación de comité IAMI.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Número de informes con análisis de pertinencia de remisiones de gestantes	Número de informes con análisis de pertinencia de remisiones de gestantes	Informe generado y actas de comité IAMI y/o soporte de envío, via correo electrónico.	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021
6	Realizar seguimiento a gestantes y menores de cinco años remitidos a niveles superiores	JANIO AUGUSTO OVALLE	(Número de seguimientos realizados/Número de remisiones de gestantes y menores de 5 años realizadas)*100	100%	Base de datos de excel, con información relativa al seguimiento realizado y soporte de correo electrónico remitido a especialistas, mediante el cual se retroalimenta la información.	Mensual, hasta el 31 de diciembre de 2021
7	Realizar evaluación para verificar adherencia al proceso de referencia y contrarreferencia por parte de los municipios priorizados la subred.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Evaluación de adherencia a protocolo de referencia y contrarreferencia, realizada trimestralmente	3 Evaluaciones para medir adherencia a protocolo de referencia y contrarreferencia, realizada trimestralmente	Documento de evaluación de adherencia a protocolo de referencia y contrarreferencia, socializado con gerente de Hospital y coordinador de la ESE	Trimestral a partir de marzo de 2021



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

8	Reducir el porcentaje de glosa definitiva por concepto de autorizaciones en 1% con respecto al año anterior.	JANIO AGUSTO OVALLE	((Valor de glosa por concepto de autorizaciones/valor total facturado en vigencia 2021)*100)/((Valor de glosa por concepto de autorizaciones/valor total facturado 2016)*100))	1%	Informe DGH	31 de diciembre de 2021
---	--	---------------------	--	----	-------------	-------------------------

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
9	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	JANIO AGUSTO OVALLE	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
10	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	JANIO AGUSTO OVALLE	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
11	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	JANIO AGUSTO OVALLE	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad





**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO: RESPONSABLE:  
PLAN DE ACCION GERENCIA

Pag. N° 1

**Proyecto: Implementación Rutas de Atención Integral**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Actualización de base de datos de pacientes con enfermedades crónicas: HTA, EPOC, Diabetes, atendidos en el primer nivel.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Base de datos actualizada, de pacientes con enfermedades crónicas: HTA, EPOC, Diabetes, atendidos en el primer nivel..	Base de datos actualizada, de pacientes con enfermedades crónicas: HTA, EPOC, Diabetes, atendidos en el primer nivel..	Base de datos actualizada, de pacientes con enfermedades crónicas: HTA, EPOC, Diabetes, atendidos en el primer nivel..	Mensualmente hasta el 31 de Diciembre 31 de 2021
2	Diseñar y normalizar la Historia Clínica para la atención de pacientes según ruta de atención integral de promoción y mantenimiento de la salud.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Historia Clínica normalizada	Historia Clínica normalizada	Historia Clínica normalizada	31 de Marzo de 2021
3	Adopción de la nueva historia clínica en la ESE	JANIO AUGUSTO OVALLE	Historia clínica adoptada	Historia clínica adoptada	Historia clínica adoptada	15 abril de 2021
4	Diseño y normalización de lista de chequeo para seguimiento al diligenciamiento de la Historia Clínica	JANIO AUGUSTO OVALLE	Lista de chequeo normalizada	Lista de chequeo normalizada	Lista de chequeo normalizada	15 de abril de 2021
5	Verificación de adherencia a Historia clínica de la ruta de promoción y mantenimiento, materno perinatal,	JANIO AUGUSTO OVALLE	Verificación de adherencia a H.C mediante lista de chequeo	3	Listas de chequeo diligenciadas	30 de junio, 31 de octubre y 31 de diciembre de 2021
6	Aplicación de formatos para verificación de guías de práctica clínica para el médico general (Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus, control de crecimiento y desarrollo y atención de gestantes)	JANIO AUGUSTO OVALLE	Adopción y normalización del formato	12; cada una de las guías por trimestre (4 trimestres)	Formatos de verificación de adherencia a Guías de práctica clínica	Trimestralmente a partir de marzo de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
7	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo		Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
8	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	JANIO AUGUSTO OVALLE	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
9	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
10	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
11	Realizar las auditorías que le sean asignadas	JANIO AUGUSTO OVALLE	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
12	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	JANIO AUGUSTO OVALLE	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
13	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	JANIO AUGUSTO OVALLE	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:  
PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:  
GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Gestión de operación de Laboratorio Clínico**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Dar cumplimiento a actividades relativas al programa de seguridad del paciente que sean formuladas	LABORATORIO CLINICO	Número de jornadas de socialización realizadas	2	Actas y/o formato de reunión diligenciado	Hasta el 31 de julio de 2021
2	Realizar notificación de eventos adversos identificados y participar en la retroalimentación al análisis realizado	LABORATORIO CLINICO	Participación en análisis de evento adverso analizado/Evento adverso identificado	100%	Listado de asistencia a actividad de socialización	Mensual
3	Actualizar proceso y subproceso de laboratorio clínico	LABORATORIO CLINICO	Proceso y subprocesos actualizados y remitidos a líder de desarrollo organizacional	1	Proceso y subprocesos actualizados y remitidos a líder de desarrollo organizacional	31 de marzo de 2021
4	Realizar visita a Hemocentro del centro oriente colombiano, a fin de dar cumplimiento a requerimiento establecido por la Secretaría de Salud de La Guajira	LABORATORIO CLINICO	Visita realizada a hemocentros	1	Lista de chequeo diligenciada	30 de junio de 2021
5	Formular y dar cumplimiento al cronograma de revisión y/o actualización de manuales y protocolos de laboratorio clínico	LABORATORIO CLINICO	(Actualización de manuales y protocolos en fechas establecidas/Actualizaciones programadas en cronograma)*100	90%	Cronograma diseñado, actas de reunión y/o radicados de documentos para actualización	Cronograma a 31 de enero de 2021. Demás actividades según programación hasta el 31 de diciembre de 2021
6	Dar cumplimiento a controles de calidad internos y externos y realizar retroalimentación a proveedores de insumos y equipos de laboratorio clínico	LABORATORIO CLINICO	Análisis de resultados de controles de calidad y reunión de retroalimentación con proveedores	4	Documento con resultados y análisis y soporte de reunión con proveedores	Trimestral. La primera actividad corresponde a análisis de resultados del año 2021. Las siguientes corresponden al análisis de los 3 primeros trimestres.
7	Realizar el cargue mensual de inventario de Laboratorio clínico	LABORATORIO CLINICO	Cargues mensuales de inventario de laboratorio	12	Comprobante de entrada y ordenes de despacho de dinámica gerencial	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

8	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	LABORATORIO CLINICO	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
---	---	---------------------	--	--	----------------------------	---------------------



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

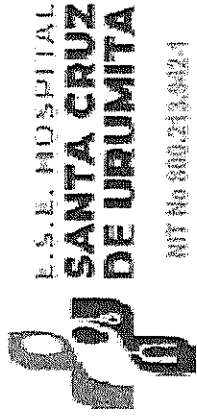
9	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	LABORATORIO CLINICO	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
10	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	LABORATORIO CLINICO	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

11	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	LABORATORIO CLINICO	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
12	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	LABORATORIO CLINICO	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

13	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo	LABORATORIO CLINICO	Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021
----	---	---------------------	--	----	---	----------------------



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**  
**NIT No 800.213.942-1**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019  
 VERSION:01  
 Fecha: 2-01-2019

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:  
 PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:  
 GERENCIA

Pag. N° 1

**Proyecto: Seguridad del Paciente**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Actualizar manuales, procesos y protocolos, según actas suscritas con líder de desarrollo organizacional, en el mes de diciembre de 2021	JANIO AUGUSTO OVALLE	Manuales, procesos y protocolos actualizados/Manuales procesos y protocolos programadas	8	Manuales, procesos y protocolos actualizados y remitidos a líder de desarrollo organizacional	Según fechas definidas en actas de reunión.
2	Realizar seguimiento al cumplimiento de programas de lavado de manos, piel sana,	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades de seguimiento al cumplimiento realizadas/Actividades de seguimiento al cumplimiento programadas	4	Informes trimestrales generados	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Realizar seguimiento a la adherencia al manual de seguridad. Incluye aislamiento de paciente, venopunción, limpieza y desinfección de unidades.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades de seguimiento al cumplimiento realizadas/Actividades de seguimiento al cumplimiento programadas	4	Informes trimestrales generados	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
4	Realizar medición mensual de indicadores a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Análisis de indicadores realizado mensualmente	12	Documento y/o acta de análisis de indicadores	Diciembre 31 de 2021

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
5	Participar en las actividades de formulación del PAMEC Institucional.	JANIO AUGUSTO OVALLE	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
6	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	JANIO AUGUSTO OVALLE	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
7	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	JANIO AUGUSTO OVALLE	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
8	Realizar las auditorías que le sean asignadas	JANIO AUGUSTO OVALLE	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
9	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	JANIO AUGUSTO OVALLE	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
10	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	JANIO AUGUSTO OVALLE	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

NIT No 800.213.942-1

Fecha: 2-01-2019

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

RESPONSABLE:

Pag. N° 1

GERENCIA

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCIÓN

**Proyecto: Buenas Practicas de Elaboración de Medicamentos**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Elaboración de cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, ante comité de farmacia	REGENTE FARMACIA	Cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, ante comité de farmacia elaborado	Cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, ante comité de farmacia elaborado	Cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, ante comité de farmacia elaborado	31 de enero de 2021
2	Socialización de cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, ante comité de farmacia	REGENTE FARMACIA	Realizar la presentación oficial del cronograma de implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración	Cronograma Socializado	Acta de comité de Farmacia y cronograma	28 de febrero de 2021
3	Dar cumplimiento al cronograma propuesto para la implementación de la Central de Adecuación de Medicamentos para certificación en Buenas Prácticas de Elaboración, o las modificaciones que se puedan hacer al mismo.	REGENTE FARMACIA	Actividades ejecutada/Actividades programadas según cronograma	100%	Soportes de actividades realizadas	Según cronograma
4	Realizar medición de la confiabilidad de inventarios 02, 50, 10 de farmacia.	REGENTE FARMACIA	Mediciones de confiabilidad realizadas/Mediciones de confiabilidad programadas	12, 1 bodega mensual	Acta de medición diligenciada	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
5	Revisar el informe emitido por preauditoria referente a anulación de facturas por factores inherentes a la farmacia y elaborar plan de mejoramiento.	REGENTE FARMACIA	Plan de mejoramiento elaborado	4	Plan de mejoramiento elaborado	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021



E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ**  
**DE URUMITA**  
 NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
6	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	REGENTE FARMACIA	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
7	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	REGENTE FARMACIA	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
8	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	REGENTE FARMACIA	Autoevaluación elaborada	Según programación de lider de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el lider de calidad	Según programación de lider de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

9	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	REGENTE FARMACIA	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
10	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	REGENTE FARMACIA	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad





**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:  
PLAN DE ACCIÓN

RESPONSABLE:  
GERENCIA

Pag. N° 1

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

**Proyecto: Gestión de riesgo institucional**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Realizar curso para el aplicativo de calidad sobre la estrategia de gestión de riesgo institucional y promover la realización por parte de todos los colaboradores del Hospital	CALIDAD	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad. Comunicados de invitación a la realización del curso	31 de marzo de 2021
2	Actualizar el Aplicativo de Calidad a fin de incluir variables que permitan generar reporte en el que se identifiquen tipo de colaborador, área de trabajo y servicio	CALIDAD	Aplicativo de Calidad	1	Aplicativo de Calidad actualizada	31 de marzo de 2021
3	Modificar el Aplicativo de Calidad a fin de que se generen certificados de forma automática, a la finalización de cada curso	CALIDAD	Aplicativo de Calidad actualizada	1	Aplicativo de Calidad actualizada	31 de marzo de 2021
4	Medir el porcentaje de colaboradores que han realizado el curso.	CALIDAD	Número de colaboradores que realizo el curso en la Aplicativo de Calidad/Total de colaboradores	30% a 30 de junio de 2021 y 80% a 31 de noviembre de 2021	Soporte de calificaciones del curso	30 de junio y 31 de noviembre de 2021
5	Evaluación de conocimiento sobre los riesgos del servicio en el cual se desempeña el colaborador.	CALIDAD	Evaluación realizada y socializada a cada colaborador y mediante boletín institucional	200%	Evaluación realizada y soportes de socialización	31 de octubre y 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Política de humanización**

6	Realizar curso para la plataforma virtual sobre humanización y promover la realización por parte de todos los colaboradores del Hospital	CALIDAD	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad	Curso publicado en la Aplicativo de Calidad. Comunicados de invitación a la realización del curso	31 de marzo de 2021
7	Medir el porcentaje de colaboradores que han realizado el curso de humanización.	CALIDAD	Número de colaboradores que realizo el curso en la Aplicativo de Calidad/Total de colaboradores	30% a 30 de junio de 2021 y 80% a 31 de diciembre de 2021	Soporte de calificaciones del curso	30 de junio y 31 de diciembre de 2021
8	Promover la conformación de los semilleros de humanización	CALIDAD	Semillero de humanización conformado	1,0	Resolución de conformación de semillero de humanización.	De Junio a Diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCION

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Plan de auditoria institucional**

9	Adoptar un programa anual de auditoria integral para la institucion en el formato institucional, que contenga: Auditorias de Calidad y/o procesos Auditorias de Control Interno y revisoria fiscal	CALIDAD	Programa anual de auditoria integral adoptado	Programa anual de auditoria integral adoptado	Programa anual de auditoria integral adoptado	Febrero 28 de 2021
10	Realizar seguimiento al avance del programa anual de auditoria.	CALIDAD	Seguimiento bimensual al avance del programa anual	4	Acta de seguimiento al avance del programa anual de auditoria	Bimensual, a partir de 1 de abril y hasta el 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

11	Formulación del PAMEC institucional	CALIDAD	PAMEC institucional elaborado y remitido para concepto, a la Secretaría de Salud Departamental	PAMEC institucional elaborado y remitido para concepto, a la Secretaría de Salud Departamental	PAMEC institucional elaborado y remitido para concepto, a la Secretaría de Salud Departamental	30 de Enero de 2021
12	Seguimiento al cumplimiento del PAMEC institucional	CALIDAD	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Informe consolidado de actividades PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
13	Coordinar la autoevaluación y elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación por parte del equipo de autoevaluación de la institución	CALIDAD	Autoevaluación y planes de mejoramiento elaborados y gestionados	Autoevaluación y planes de mejoramiento elaborados y gestionados	Documento de autoevaluación, planes de mejoramiento formulados y soportes de gestión de los mismos.	Autoevaluación a 15 de febrero, planes de mejora para el 15 de marzo y seguimiento trimestral a partir de junio de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 3

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

14	Consolidar y socializar el Plan Único de Mejoramiento Institucional (PUMI)	CALIDAD	PUM consolidado y socializado a líderes y subgerentes	PUM consolidado y socializado a líderes y subgerentes	4	PUM consolidado y socializado a líderes y subgerentes	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
15	Realizar seguimiento al cumplimiento del PUMI y generar reporte.	CALIDAD	Evaluaciones realizadas				Trimestral, conforme cortes de evaluación de POA
16	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	CALIDAD	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados		1	Planes de mejoramiento formulados y publicados en el aplicativo Gestor de proyectos	Según necesidad
17	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	CALIDAD	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas			Soportes publicados en el gestor.	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

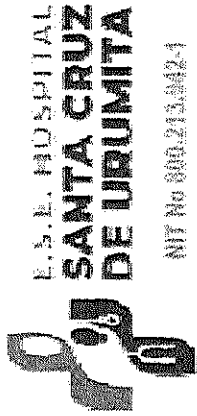
VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Plan de acción PINAR 2021**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Ajustar cronograma del Programa de gestión documental.	GERENCIA	Cronograma de PGD actualizado	1	Cronograma actualizado y publicado en página web	28 de febrero de 2021
2	Organización de 20 metros de fondo acumulado	GERENCIA	Cantidad de metros de fondo acumulado organizado	40	Fondo acumulado organizado. Informe relativo al fondo acumulado organizado.	15 metros a 30 de junio, 25 metros restantes a 31 de diciembre de 2021
3	Depurar Historias clínicas para eliminación	GERENCIA	Cantidad de Historias Clínicas depuradas	3.000	Actas de comité de archivo y acta de comité de Historias clínicas	1.500 historias a 30 de junio, 1.500 a 31 de diciembre de 2021
4	Llevar a cabo la eliminación de las historias clínicas depuradas, dando cumplimiento a la resolución 1839 de 2017 y directrices dadas por el archivo general de la nación.	GERENCIA	Historias eliminadas / historias depuradas en 2017 y 2018 (8.000)	1	Acta de entrega para reciclaje e inventario de eliminación	31 de agosto de 2021
5	Elaborar cronograma para la realización de transferencias documentales	GERENCIA	Cronograma elaborado y socializado a líderes de la entidad		Cronograma elaborado y socializado a líderes de la entidad	30 de enero de 2021
6	Recibir y cotejar las transferencias documentales, elaborar el acta de recibo y verificar cumplimiento del cronograma y remitir subgerencia administrativa	GERENCIA	Transferencias cotejadas/transferencias recibidas	100%	Acta de recibo e informes de cumplimiento de cronograma, remitidos a subgerencia administrativa y remisión a oficina de sistemas para publicación en página web.	Según fechas programadas en cronograma, hasta el 31 de diciembre de 2021
7	Gestionar reunión de grupo de trabajo de gestión documental y comité de gestión y desempeño para aprobar las Tablas de retención documental y remitir al consejo departamental de archivo para su convalidación.	GERENCIA	Tablas de retención aprobadas por comité de gestión y desarrollo institucional		Tablas de retención aprobadas por comité de gestión y desarrollo institucional y soporte de remisión a consejo departamental de archivo	31 de marzo de 2021
8	Participar en el diligenciamiento de la encuesta FURAG, en el momento en que sea remitida por el DNP	GERENCIA	FURAG diligenciado	1	FURAG diligenciado	Según lo establezca el DAFP



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-009566 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

<p>9 Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área</p>	<p>GERENCIA</p>	<p>Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados</p>	<p>100%</p>	<p>Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad</p>	<p>Según necesidad</p>
<p>10 Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados</p>	<p>GERENCIA</p>	<p>Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas</p>	<p>Mayor o igual al 90%</p>	<p>Soportes publicados en el gestor de proyectos</p>	<p>Según necesidad</p>



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO: RESPONSABLE:

Pag. N° 1

PLAN DE ACCIÓN

GERENCIA

**Proyecto: Plan de Comunicaciones -PECOS-**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Publicación de boletines institucionales de acuerdo a formato establecido.	SISTEMAS	Publicaciones de boletines institucionales	3	Boletín impreso	Primero a 30 de marzo, el segundo a 30 de junio y el tercero a 30 de octubre
2	Publicar la "Guía de atención al usuario y su familia"	SISTEMAS	Cartilla publicada	1	Cartilla publicada	30 de junio de 2021
3	Realizar publicaciones según solicitud institucional	SISTEMAS	(Número publicaciones realizadas/Número de requerimientos realizados)	100%	Formato de solitud y Publicaciones realizadas	Permanente hasta 31 de Diciembre de 2021

**Proyecto: Racionalización de trámites**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
4	Gestionar reunión a fin de analizar los trámites susceptibles de racionalización	SISTEMAS	Reunión realizada	1	Acta de reunión suscrita por control interno, comunicaciones, calidad y direccionamiento	31 de Enero de 2021
5	Racionalizar los trámites identificados en la reunión del punto 1	SISTEMAS	Trámites racionalizados/trámites priorizaos	1	Pantallazos de los trámites racionalizados	A 30 de junio el 50% de los trámites; a 31 de diciembre, el 50% restante

**Proyecto: Atención al ciudadano**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
6	Crear canal de comunicación digital que permita subir y administrar contenidos audiovisuales generados por la entidad	SISTEMAS	Canal de comunicació creado	1	Canal de comunicació creado	31 de marzo de 2021
7	Fortalecer la sección de SIAU que se encuentra en la página web institucional para facilitar el acceso a la información a través de contenidos gráficos, podcats y audiovisuales.	SISTEMAS	Contenidos publicados	4	Contenidos publicados	Un contenido publicado de forma trimestral



NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 2

**Proyecto: Política Anticorrupción**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
8	Organizar la logística de la audiencia de rendición de cuentas	SISTEMAS	Audiencia de rendición de cuentas realizada	1	Evidencia fotográfica y audiovisual del evento	A 30 de mayo de 2021
9	Fortalecer la rendición de cuentas con distintos formatos accesibles con lenguaje comprensible al ciudadano.	SISTEMAS	Contenidos publicados	4	Contenidos publicados	Un contenido publicado de forma trimestral

**Proyecto: Política Anticorrupción**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
10	Porcentaje de cumplimiento de publicaciones relativas al Plan anticorrupción	SISTEMAS	(Número de actividades realizadas dentro de fechas definidas en plan anticorrupción/Número de actividades programadas en el Plan anticorrupción)*100	90%	Registro de publicaciones realizadas y Pantallazos de las mismas	Segú plazos establecidos en el plan anticorrupción, hasta el 31 de diciembre de 2021
11	Fortalecer la política anticorrupción a través de contenidos en la web, boletines y canales audiovisuales con mensajes que permitan conocer las fuentes de los riesgos, las causas y consecuencias	SISTEMAS	Contenidos publicados	4	Contenidos publicados	Un contenido publicado de forma trimestral

**Proyecto: Gobierno digital**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
12	Porcentaje de cumplimiento de publicaciones relativas al Plan de gobierno digital	SISTEMAS	(Número de actividades realizadas dentro de fechas definidas en plan de gobierno en línea/Número de actividades programadas en el Plan de Gobierno en Línea)*100	100%	Registro de publicaciones realizadas y Pantallazos de las mismas	Segú plazos establecidos en el plan de gobierno en línea, hasta el 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

**NIT No 800.213.942-1**

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 3

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

13	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	SISTEMAS	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
14	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	SISTEMAS	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
15	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	SISTEMAS	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

16	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	SISTEMAS	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
17	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	SISTEMAS	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad





**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 1

**Proyecto: Plan de mantenimiento Hospitalario**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Formular plan de mantenimiento de Infraestructura, muebles y enseres, sistemas de comunicación, equipo biomédico y equipo industrial	CONTRATISTA	Plan de Mantenimiento realizado y radicado en Secretaría de Salud	Plan de Mantenimiento realizado y radicado en Secretaría de Salud	Soporte de radicación en Secretaría de Salud soporte de envío a Superintendencia Nacional de Salud, vía Correo electrónico	31 de Enero de 2021
2	Dar cumplimiento al Plan de Mantenimiento elaborado para la vigencia	CONTRATISTA	(Número de acciones preventivas realizadas según cronograma/Número de acciones preventivas programadas en el Plan de Mantenimiento)*100	90%	Plan de mantenimiento de equipos. Hojas de vida de los equipos actualizadas.	Según cronograma definido, hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Elaborar los informes de tecnovigilancia y remitirlos a la Secretaría de Salud de La Guajira	CONTRATISTA	Informes elaborados y radicados en Secretaría de Salud	4	Pantallazo de envío y correo de recibido por parte de la Secretaría Departamental de Salud	Trimestral hasta el 31 de diciembre de 2021
4	Dar respuesta oportuna a los requerimientos realizados en desarrollo de comité operativo	CONTRATISTA	Actividades realizadas/actividades solicitadas en comité operativo	95,00%	Soportes de realización de actividades solicitadas en comité operativo	Conforme a los plazos establecidos en comité.

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
5	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	CONTRATISTA	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
6	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	CONTRATISTA	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
7	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	CONTRATISTA	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCIÓN

GERENCIA

Pag. N° 2

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
8	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	CONTRATISTA	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	1	Planes de mejoramiento formulados y publicados en el aplicativo Gestor de proyectos	Según necesidad
9	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	CONTRATISTA	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor.	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 1

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**Proyecto: Recursos físicos**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Elaborar el plan anual de adquisiciones y publicar en página web de la entidad y SECOP	RECURSOS FISICOS	Plan anual de adquisiciones elaborado y publicado	1	Plan anual de adquisiciones elaborado y publicado en página web y en SECOP	30 de Enero de 2021
2	Revisar y actualizar el Plan Anual de Adquisiciones	RECURSOS FISICOS	Plan Anual de adquisiciones actualizado	1	Plan Anual de adquisiciones actualizado	31 de julio de 2021
3	realizar actualización de inventario físico de la entidad, correspondiente al servicio de urgencias.	RECURSOS FISICOS	Inventario físico de los servicio de urgencias y salas de cirugía actualizado	1	Inventario físico del servicio de urgencias y salas de cirugía actualizados.	31 de mayo de 2021
4	Remitir al comité de evaluación y valoración de bienes los elementos inservibles y en desuso para dar inicio al proceso de bajas, resultado de la actualización de inventarios.	RECURSOS FISICOS	dar inicio al proceso de bajas de elementos inservibles y en desuso		Acta de comité y resolución de baja de bienes	31 de julio de 2021
5	Definir y adelantar proceso para realizar remate de elementos dados de baja	RECURSOS FISICOS	Proceso para remate de elementos de baja adelantado		Proceso de remate adelantado	31 de diciembre de 2021
6	Legalización de la actualización del inventario de la ESE.	RECURSOS FISICOS	Inventario de la sede de Santa Rosa de Viterbo actualizado y firmado por las partes		Inventario de la ESE actualizado y legalizado mediante la figura que acuerden las partes	30 de mayo de 2021
7	Dar cumplimiento a la evaluación de proveedores, teniendo en cuenta la guía definida para tal fin	RECURSOS FISICOS	% de proveedores evaluados		Formato de evaluación de proveedores diligenciado	Permanente
8	Realizar seguimiento a contratos de suministro, compra y mantenimiento	RECURSOS FISICOS	(Total deseguiamientos realizados/Total de contratos de suministro, compra y mantenimiento con facturas legalizadas)*100	100%	Acta de seguimiento diligenciada	Mensualmente hasta el 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

PLAN DE ACCIÓN

RESPONSABLE:

GERENCIA

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Pag. N° 2

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

9	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	RECURSOS FISICOS	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
10	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	RECURSOS FISICOS	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
11	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	RECURSOS FISICOS	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

12	Realizar las auditorías que le sean asignadas	RECURSOS FISICOS	Auditorías realizadas	Según programación de plan de auditorías	Formato de auditoría realizado y radicado en la oficina de calidad	Según programación
13	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área	RECURSOS FISICOS	Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
14	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados	RECURSOS FISICOS	Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 1

**Proyecto: Trámite de glosas**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Realizar el trámite de glosas dentro de los términos establecidos en la normatividad vigente.	AUDITORIA MEDICA	Promedio dias de respuesta a glosa inicial	Menor a 15 dias	Documento de trámite de objeción, soporte de envío de respuesta por correo fisico o electrónico y/o cuadro de excel de auditoría médica	Periódico hasta 31 de diciembre de 2021
2	Realizar gestión de glosas a la facturación generada en la vigencia	AUDITORIA MEDICA	(Glosa definitiva de la vigencia/Facturación radicada de la vigencia) x 100	<5%	Formulario de facturación del aplicativo SIHO	31 de diciembre de 2021
3	Ingreso a Aplicativo de Glosas de la glosa recepcionada	AUDITORIA MEDICA	(Número de facturas con glosa ingresadas a DGH en el mes/ número de facturas con glosa recibida en el mes) x 100	>90%	Sábana de la glosa Recepción de Objeción (Informe DGH)	Permanente. Hasta el 31 de diciembre de 2021
4	Generación de informe mensual en el que se condensen los motivos de glosa reportados por las EAPB y socializar en comité de cartera.	AUDITORIA MEDICA	Informes generados/Informes programados	12	Informe elaborado y actas de comité de cartera	Mensual
5	Realizar jornadas prácticas para hacer seguimiento y evaluación al proceso de facturación, a los colaboradores del proceso (facturadores y equipo de preauditoría), con el fin de evaluar las competencias de cada uno e identificar debilidades y/o fortalezas del proceso.	AUDITORIA MEDICA	Número de jornadas prácticas realizadas/Número de jornadas prácticas programadas	6	Instrumentos aplicados en desarrollo de la jornada. Informe con conclusiones de hallazgos socializados en comité de cartera.	Bimensual
6	Junto con lider de Facturación, realizar retroalimentación de hallazgos y capacitación a grupo de facturación y preauditoría. Priorizar temas en los que se detecten debilidades en los procesos de preauditoría y auditoría médica.	AUDITORIA MEDICA	Capacitaciones realizadas	4	Soporte de capacitación realizada en formato normalizado para tal fin	Trimestral. Hasta 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 2

<p>7 Retroalimentación de los motivos de glosas recibidas por parte de las entidades responsables de pago a cada uno de los colaboradores del área asistencial, que estuvieron vinculados en la atención.</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>Retroalimentación mensual de motivos de glosa</p>	<p>12</p>	<p>Correos electrónicos remitidos a líderes del área asistencial</p>	<p>Mensual</p>
---	-------------------------	--	-----------	--	----------------

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

<p>8 Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados</p>	<p>100%</p>	<p>Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad</p>	<p>Según necesidad</p>
<p>9 Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas</p>	<p>Mayor o igual al 90%</p>	<p>Soportes publicados en el gestor de proyectos</p>	<p>Según necesidad</p>

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

<p>10 Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>participación en actividades de formulación de PAMEC</p>	<p>participación en actividades de formulación de PAMEC</p>	<p>Planilla de participación.</p>	<p>30 de enero de 2021</p>
<p>11 Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>participación en actividades de formulación de PAMEC</p>	<p>40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre</p>	<p>Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC</p>	<p>30 de junio y 20 de diciembre de 2021</p>
<p>12 Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.</p>	<p>AUDITORIA MEDICA</p>	<p>Actividades ejecutadas/actividades programadas</p>	<p>Según programación de líder de calidad</p>	<p>Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad</p>	<p>Según programación de líder de calidad</p>



**E.S.E. HOSPITAL  
SANTA CRUZ  
DE URUMITA**  
NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

Fecha: 2-01-2019

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

Pag. N° 1

PLAN DE ACCION

GERENCIA

**Proyecto: Plan estratégico de tecnologías de información (PETI)**

No.	Actividad	Responsable	Indicador	Meta	Soporte	Plazo
1	Dar cumplimiento al plan de mantenimiento preventivo y atender las solicitudes de mantenimiento correctivo de los equipos de cómputo de la entidad.	SISTEMAS	Actividades del plan de mantenimiento ejecutadas/Actividades del plan de mantenimiento programadas	Mayor o igual al 90%. Entre 70 y 89% la calificación será del 50. Cumplimiento por debajo del 70% tendrá calificación de 0	Soporte de las actividades ejecutadas y actualización de hojas de vida	Mensual hasta el 31 de diciembre de 2021
2	Presentar, promover y participar en el desarrollo de proyectos como alternativas de solución, para el fortalecimiento informático de la institución, teniendo en cuenta los avances tecnológicos en software, hardware y redes de datos	SISTEMAS	Participación y apoyo en proyectos que favorezcan el fortalecimiento informático de la institución, según necesidad de usuarios	Participación y apoyo en proyectos que favorezcan el fortalecimiento informático de la institución, según necesidad de usuarios	Actas, documentos, informes o pataillazos, relativos a los proyectos implementados	Permanente, hasta el 31 de diciembre de 2021
3	Apoyar técnicamente y capacitar a los usuarios nuevos y activos del sistema en las nuevas funcionalidades que se presenten en los diferentes aplicativos usados en el Hospital.	SISTEMAS	Números de usuarios capacitados/número de solicitudes de capacitación recibidas	100%	Formato de reunión y/o actas de capacitación	Permanente hasta 31 de diciembre de 2021
4	Implementar el sistema de codificación de medicamentos, código QR, en el proceso de implementación de la central mezclas.	SISTEMAS	Sistema de codificación de medicamentos implementado	100%	Sistema de codificación de medicamentos implementado	30 Junio de 2021

**Proyecto: Plan de Seguridad y Privacidad de la Información**

5	Suscripción de acuerdos de confidencialidad con los usuarios internos del área asistencial de la entidad	SISTEMAS	Acuerdos de confidencialidad suscritos según protección de datos/usuarios que tienen perfil en dinámica gerencial	100%	Acuerdos suscritos	50% a 30 de junio y 50% restante a 31 de diciembre de 2021
6	Extraer y compilar las copias de seguridad, programadas de forma automática, diariamente, en dispositivos externos, para salvaguardar la información de la Institución, garantizando su integridad y custodia	SISTEMAS	Realizar semanalmente, copia de seguridad en dispositivos externos, de los backups diarios.	52	Copias de seguridad en dispositivos externos.	Semanal hasta el 31 de diciembre de 2021



**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

NIT No 800.213.942-1

VERSION:01

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 2

7	Concertar plan con subgerente administrativa, soluciones para garantizar la seguridad informática de toda la institución.	SISTEMAS	Plan definido para la vigencia 2021	1	Plan definido para la vigencia 2021	30 de marzo de 2021
---	---	----------	-------------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------

**Proyecto: Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información**

8	Realizar diagnóstico de Riesgos de seguridad y privacidad de la información	SISTEMAS	Diagnóstico elaborado	1%	Acta de reunión (sistemas, subgerencia activa, calidad, entre otros) y el diagnóstico elaborado	30 de abril de 2021
9	Formulación de plan para mitigar riesgos de seguridad y privacidad de la información	SISTEMAS	Plan de itigación realizado	1	Plan de mitigación realizado	30 de abril de 2021
10	Cumplimiento a plan de mitigación	SISTEMAS	Actividades ejecutadas/activiades programadas	Mayor o igual al 90%. Entre 70 y 89% la calificación será del 50. Cumplimiento por debajo del 70% tendrá calificación de 0	Soporte de actividades realizadas	Permanente hasta 31 de diciembre de 2021

**Proyecto: Medición y mejoramiento**

11	Formular planes de mejoramiento frente a hallazgos formulados en auditorías internas o externas realizadas a su área		Planes de mejoramiento formulados y entregados a líder de calidad/Total de hallazgos formulados	100%	Planes de mejoramiento formulados y radicados en la oficina de calidad	Según necesidad
12	Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento formulados		Acciones de mejora cerradas/acciones de mejora formuladas	Mayor o igual al 90%	Soportes publicados en el gestor de proyectos	Según necesidad





E.S.E. HOSPITAL  
**SANTA CRUZ**  
**DE URUMITA**  
 NIT No 800.213.942-1

**E.S.E. HOSPITAL SANTA CRUZ DE URUMITA**

CODIGO: ESE-HSC-SA-2019

VERSION:01

NIT No 800.213.942-1

Resolución de Habilitación No S-00956 de Septiembre 30 de 2.005

Fecha: 2-01-2019

**COMUNICACIONES E INFORMES**

NOMBRE DEL PROCESO:

RESPONSABLE:

PLAN DE ACCION

GERENCIA

Pag. N° 3

**Proyecto: Avance en el Sistema Único de Acreditación**

13	Participar en las actividades de formulación del PAMEC institucional.	SISTEMAS	participación en actividades de formulación de PAMEC	participación en actividades de formulación de PAMEC	Planilla de participación.	30 de enero de 2021
14	Ejecutar y/o coordinar las actividades PAMEC a su cargo	SISTEMAS	Actividades ejecutadas/actividades programadas	40% a 30 de junio y 90% a 20 de diciembre	Soportes de las actividades, según lo formulado en el PAMEC	30 de junio y 20 de diciembre de 2021
15	Participar en la autoevaluación, elaboración de planes de mejoramiento y gestión de estándares de acreditación.	SISTEMAS	Autoevaluación elaborada	Según programación de líder de calidad	Certificación de participación en autoevaluación de estándares de acreditación y cumplimiento de ejecución de las mismas, expedida por el líder de calidad	Según programación de líder de calidad