



E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

Versión: 01

PLAN DE ACCION

Fecha: 06/06/2020

COMPONENTE: DIRECCION Y GERENCIA

PLAN DE ACCION GESTION GERENCIAL 2020

DIMENSION	POLITICA	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	EVIDENCIA	INDICADOR	LINEA BASE	META 2020	TIEMPO DE EJECUCION		RESPONSABLE
								INICIO	FINAL	
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior	Politica de Calidad	Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación en cada vigencia, para determinar el grado de avance en la institución.	Capacitación al personal en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Decreto 780 de 2016	Registro de Asistencia a capacitación	Capacitar el 90% personas en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	80%	90%	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Capacitación a los líderes de area, sobre la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	Registro de Asistencia a capacitación	Capacitar al 100% de los líderes de area en la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	100%	100%	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Conformación de los equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	Soporte de la Conformación de los Grupos de Evaluación de Estandares de Acreditación	Equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	1	1	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Autoevaluación anual de Estándares de acreditación en salud en cumplimiento a la Resolución 5095 de 2018	Documento de autoevaluación vigencia evaluada	Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia / Promedio de la calificación de la autoevaluación de la vigencia anterior	1.2	≥ 1.20	6/06/2020	31/12/2020	LIDERES DE AREA
			Fortalecimiento de la infraestructura y conformación de la red con el fin de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	Registro Fotografico de los servicios brindados el centro de atención extramural del centro poblado el Juncal	Mejoramiento centro de atención extramural del centro poblado el Juncal	0	1 centro de atención extramural	6/06/2020	31/12/2020	GERENCIA
				Registro fotografico de los vehículos adquiridos y soporte de la documentación pertinente para el optimo funcionamiento del automotor	Ampliación del parque automotor que contribuya al desarrollo de jornadas de salud extra murales en el area urbana y rural del municipio.	1	Adquisición de un nuevo vehículo para el fortalecimiento de los procesos misionales y administrativos de la E.S.E	6/06/2020	31/12/2020	GERENCIA
			Implementación de Planes de Mejoramiento, como resultado del proceso de autoevaluación de los estándares del SUA	Planes de Mejoramiento	Ejecucion 100% planes de Mejoramiento	100%	100%	6/06/2020	31/12/2020	LIDERES DE AREA

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Política de Calidad	Desarrollar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC durante el cuatrienio con ruta crítica anual	Elaboración del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2020-2024.	Documento PAMEC	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	UN (1) DOCUMENTO	UN (1) DOCUMENTO	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Adopción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC mediante acto administrativo	Documento de Gerencia -Acto administrativo de adopción del PAMEC	Acto administrativo de adopción del PAMEC	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	6/06/2020	31/12/2020	GERENCIA
			Seguimiento al cumplimiento de la ruta crítica definida en el Programa para sostener el ciclo de mejora continua.	Acta de Comité de Calidad y Seguimiento a PAMEC	Ruta Crítica PAMEC	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Implementación del cronograma de auditorías internas.	Cronograma de Auditorías	100% auditorías internas	100% auditorías internas	100% auditorías internas	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
			Cumplimiento como mínimo del noventa por ciento de las acciones derivadas de la auditoría.	Planes de Mejoramiento de Auditorías	90% del cumplimiento de las acciones de las auditorías	≥ 0.90	≥ 0.90	6/06/2020	31/12/2020	LIDERES DE AREA
			Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos	Actas de Comites Asistenciales	100% de actas de comites asistenciales según periodicidad	100%	100%	6/06/2020	31/12/2020	RESPONSABLES DE COMITES
			Seguimiento al Sistema de Información en cumplimiento de la Resolución 256 de 2016	Soporte trimestral PISIS cargue indicadores Resolución 256 y Soporte del Reporte Anual Ministerio de Salud y Protección Social	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento de la Resolución 256	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	6/06/2020	31/12/2020	CALIDAD
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Política de Evaluación y Control	Fortalecer la Planeación Estratégica en la ESE Hospital San Francisco de Asís	Construcción participativa de los Planes de Acción para cada vigencia	Planes de Acción	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	Plan de Gestion 2019	Plan de gestion 2020	6/06/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO
			Seguimiento permanente a cada una de las metas establecidas en el Plan para su óptima ejecución	Planes de Acción	Número de metas del plan operativo anual cumplidas en la vigencia objeto de evaluación / número de metas del plan operativo anual programadas en la vigencia objeto de evaluación	0.82	≥ 0.90	6/06/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO

6

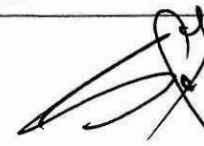
			Presentación de informe de ejecución del cumplimiento del Plan de Acción para cada vigencia	Informe del responsable de control interno de la entidad. El informe como mínimo debe contener: el listado de las metas del plan operativo anual del plan de desarrollo aprobado programadas en la vigencia objeto de evaluación, indicando el estado de cumplimiento de cada una de ellas (SÍ/NO); y el cálculo del indicador	Un (1) informe	1	1	6/06/2020	31/12/2020	CONTROL INTERNO
Elaboro			Reviso			Aprobó				
NEIDER ALFONSO FARFAN GUILOMBO			YINED CORTES PASTRANA			SARA ALEXANDRA YAGUAR JIMENEZ				
Asesor de Control Interno			PROFESIONAL ESPECIALIZADA			Gerente				



NEIDER ALFONSO FARFAN GUILOMBO
ASESOR DE CONTROL INTERNO



YINED CORTES PASTRANA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA



SARA ALEXANDRA YAGUAR JIMENEZ
GERENTE