

 		E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS								Versión: 02	
PLAN DE ACCION										Fecha: 06/04/2021	
COMPONENTE: DIRECCION Y GERENCIA			PLAN DE ACCION GESTION GERENCIAL 2021							RESPONSABLE	
DIMENSION	POLITICA	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	EVIDENCIA	INDICADOR	LINEA BASE	META 2021	TIEMPO DE EJECUCION			
								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	90%	94%	6/04/2021	31/12/2021	CALIDAD	
			Capacitación a los líderes de área, 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 área en la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	100%	90%		31/12/2021	CALIDAD	
			Conformación de los equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	Soporte de la Conformación de los Grupos de Evaluación de Estándares de Acreditación	Equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	1	1	6/04/2021	31/12/2021	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	6/04/2021	31/12/2021	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	Presentacion Proyecto centro de atención extramural	6/04/2021	31/12/2021	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 área 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	6/04/2021	31/12/2021	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%	90%	6/04/2021	31/12/2021	LIDERES DE AREA	

Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	Politica de Calidad	Desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC durante el cuatrienio con ruta critica anual	Elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC 2020-2024.	Documento PAMEC	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	UN (1) DOCUMENTO	UN (1) DOCUMENTO	6/04/2021	31/12/2021	CALIDAD
			Adopción del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC mediante acto administrativo	Documento de Gerencia -Acto administrativo de adopcion del PAMEC. resolucion 009 de enero 9 de 2021	Acto administrativo de adopcion del PAMEC	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	6/04/2021	31/12/2021	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 Critica PAMEC	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Cumplimiento dentro de los términos previstos	6/04/2021	31/12/2021	CALIDAD
			Implementación del cronograma de auditorias internas.	Cronograma de Auditorias	100% auditorias internas	100% auditorias internas	100% auditorias internas	6/04/2020	31/12/2021	CALIDAD
			Cumplimiento como mínimo del noventa por ciento de las acciones derivadas de la auditoria.	Planes de Mejoramiento de Auditorias	90% del cumplimiento de las acciones de las auditorias	≥ 0.90	≥ 0.90	6/04/2020	31/12/2021	LIDERES DE AREA
			Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos	Actas de Comites Asistenciales	100% de actas de comites asistenciales según periodicidad	100%	100%	6/04/2021	31/12/2021	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	6/04/2020	31/12/2021	CALIDAD
		Fortalecer la Planeación	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 2021	Plan de gestion 2021	6/04/2021	31/12/2021	CONTROL INTERNO

Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Política de Evaluación y Control	Estrategia de Evaluación y Control Estratégica en la ESE Hospital San Francisco de Asís	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	0.95	0.91	6/04/2021	31/12/2021	CONTROL INTERNO
			Presentación de informe de ejecución del cumplimiento del	Informe del responsable de control interno de la entidad. El	Un (1) informe	1	1	6/04/2021	31/12/2021	CONTROL INTERNO
<b>Elaboro</b>			<b>Reviso</b>			<b>Aprobó</b>				
ANTONIO GUTIERREZ			YINED CORTES PASTRANA			SARA ALEXANDRA YAGUAR JIMENEZ				
Asesor de Control Interno			PROFESIONAL ESPECIALIZADA			Gerente				

(ORIGINAL FIRMADO)  
ANTONIOGUTIERREZ  
ASESOR DE CONTROL INTERNO

(ORIGINAL FIRMADO)  
YINED CORTES PASTRANA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADA

(ORIGINAL FIRMADO)  
SARA ALEXANDRA YAGUAR  
Gerente