



PLAN DE ACCION

Fecha: 06/06/2025

COMPONENTE: DIRECCION Y GERENCIA			PLAN DE ACCION GESTION GERENCIAL 2025							RESPONSABLE
DIMENSION	POLITICA	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	EVIDENCIA	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	TIEMPO DE EJECUCION		
								INICIO	FINAL	
Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con	Politica de Calidad	Realizar Autoevaluación de Estándares de Acreditación en cada vigencia, para determinar el	Capacitación al personal en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	Registro de Asistencia a capacitacion	Capacitar el 90% personas en Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	80%	90%	06/03/2025	31/12/2025	CALIDAD
			Capacitación a los lideres de area, sobre la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	Registro de Asistencia a capacitacion	Capacitar al 100% de los lideres de area en la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA.	100%	100%	10/04/2025	31/12/2025	CALIDAD
			Conformación de los equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	Soporte de la Conformacion de los Grupos de Evaluación de Estandares de Acreditacion	Equipos de autoevaluación SUA, por grupos de estándares.	1	1	06/06/2025	31/12/2025	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	06/06/2025	31/12/2025	LIDERES DE AREA
			Registro Fotografico de los servicios brindados el centro de atencion extramural del centro poblado el Juncal		gstonar la construcción y mantenimiento de 2 centros de salud del area rural del municipio	2	atencion extramural	06/06/2025	31/12/2025	GERENCIA

no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior		Cada vigencia, para determinar el grado de avance en la institución.	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 vehiculos 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	Adquirir una nueva ambulancia TAB para fortalecer el parque automotor de la E.S.E. Hospital San Francisco de Asís Gestionar la adquisición de un vehiculo de transporte extramural 4X4 para fortalecer el parque automotor de la E.S.E Gestionar la construcción nueva del Centro de Atención en salud del centro poblado del Juncal. Gestionar la adecuación y mantenimiento de dos centros de salud del area rural del municipio. Gestionar la continuidad de los equipos basics en salud para fortalecer la atención primarria en salud del municipio de Palermo en el area urbana y rural	06/06/2025	31/12/2025	GERENCIA
			Implementación de Planes de Mejoramiento, como resultado del proceso de autoevaluación	Planes de Mejoramiento	Ejecucion 100% planes de Mejoramiento	100%	100%	06/06/2025	31/12/2025	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 crítica anual	Elaboración del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC	Documento PAMEC	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	UN (1 ) DOCUMENTO	UN (1 ) DOCUMENTO	06/06/2025	31/12/2025	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	Acto administrativo de adopcion del PAMEC	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	UN (1) ACTO ADMINISTRATIVO	06/07/2025	31/12/2025	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	06/06/2025	31/12/2025	CALIDAD
			Implementación del cronograma de auditorías internas.	Cronograma de Auditorias	100% auditorias internas	100% auditorias internas	100% auditorias internas	06/06/2025	31/12/2025	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	06/02/2025	31/12/2025	LIDERES DE AREA
			Seguimiento a los Comités Institucionales establecidos	Actas de Comites Asistenciales	100% de actas de comites asistenciales según periodicidad	100%	100%	06/02/2025	31/12/2025	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	06/06/2025	31/12/2025	CALIDAD
Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional	Politica de Evaluacion 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 2025	Plan de gestion 2025	06/06/2025	31/12/2025	CONTROL INTERNO
			Seguimiento permanente a cada una de las metas establecidas en el Plan para su optima 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	06/06/2025	31/12/2025	CONTROL INTERNO
			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	06/06/2025	31/12/2025	CONTROL INTERNO
<b>Elaboro</b>		<b>Reviso</b>					<b>Aprobó</b>			
CLARA ESPERANZA MORA CELIS		CLARA ESPERANZA MORA CELIS					RAIMUNDO LOSADA GARCIA			
PROFESIONAL ESPECIALIZADA		PROFESIONAL ESPECIALIZADA					Gerente			



PLAN DE ACCION

COMPONENTE: FINANCIERO Y ADMINISTRATIVO

PLAN DE ACCION GESTION GERENCIAL 2025

RESPONSABLE

DIMENSION	POLITICA	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	EVIDENCIA	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	TIEMPO DE EJECUCION		RESPONSABLE
								INICIO	FINAL	
Riesgo Fiscal y Financiero	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Fortalecer el proceso de gestión financiera, tendiente a mantener y sostener la rentabilidad económica y social de la ESE Hospital San Francisco de Asís	Seguimiento y evaluación a la Gestión Presupuestal.	Consolidado carga de informes en plataforma bajo el linemamiento del decreto 2193 - matriz de riegos.	4 cargas a Plataforma Decreto 2193-" 2 reportes matriz riesgo Ministerio de Salud.	Decreto 2193	100%	25/04/2025	31/12/2025	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
			Seguimiento y evaluación a la facturación de servicios prestados en la ESE.	Reporte de informe mensual y trimestral según lo establecido en la circular 014 y decreto 2193.	12 reportes de carga exitosas mensuales circular 014 y 4 reportes de validacion del decreto 2193.	Circular 014 Decreto 2193	100%	25/04/2025	31/12/2025	COORDINADORA FACTURACION
			Auditoría de cuentas implementado el mejoramiento continuo de los procesos inherentes a la gestión administrativa y financiera.	Acta de auditoria y validacion de las cuentas.	Número de cuentas / numero de auditorias.	cuentas radicadas.	100%	25/04/2025	31/12/2025	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
			Seguimiento y evaluación a la gestión de cartera.	Oficios, conciliación, acuerdos de pago, cobros prejuridicos y conciliacion extrajudicial con la super intendencia y procesos ejecutivos.	Documento.	Cartera inicial menos cartera final	% de recuperación de cartera final	25/04/2025	31/12/2025	ASESORA CARTERA
			Seguimiento al recaudo de los ingresos de la operación corriente y no corriente.	Acta de seguimiento a recaudo de comité de gerencia.	4 Actas de seguimiento.			25/04/2025	31/12/2025	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
			Seguimiento, evaluación y control en el cargue y envío de información técnica y financiera a los órganos de inspección, vigilancia y control.	Informes organos de control.	Total de informes realizado vs total de informes cargados.	Cronograma de Informes	100%	25/04/2025	31/12/2025	CONTROL INTERNO
			Implementación de la Política de Austeridad y racionalización en el gasto.	Acto administrativo, plan de acción e informes de seguimiento.	3 documentos.	Implementación de la política.	100%	25/04/2025	31/12/2025	CONTROL INTERNO
Evolución del gasto por unidad de valor relativo producida	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Fortalecer la eficiencia en el manejo del Gasto frente a la producción	Seguimiento a la producción de los servicios en comparación con los gastos de cada periodo.	Informes de producción, facturación vs ejecución presupuestal de gastos.	4 Documentos.	Decreto 2193.	100%	25/04/2025	31/12/2025	CARTERA
			Seguimiento trimestral a las UVR (Unidades de Valor Relativos) producidas por cada una de las áreas asistenciales.	Seguimiento trimestral.	Medicion en UVR de la producción.	Decreto 2193 año 2019.	Aumento del 1%	25/04/2025	31/12/2025	CALIDAD
			Seguimiento a las metas de productividad establecidas en cada una de las áreas.	Seguimiento a la productividad.	Tablero de seguimiento a productividad.	Decreto 2193 año 2019.	Aumento del 1%	25/04/2025	31/12/2025	CARTERA
			Implementación de nuevos servicios complementarios al portafolio actual.	Ampliacion de servicios de extensión de covid según REPS.	Documento.		Cumplimiento de los servicios	25/04/2025	31/12/2025	GERENCIA
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante Diferentes mecanismos	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Fortalecer las compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a la entidad con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación	Presentación de estrategias de negociación y de convenios que permitan la adquisición de medicamentos e insumos mediante diferentes mecanismos.	Expedientes contractuales.	Procesos de compras en línea / Número de procesos contractuales de insumos.		Aumento del 1%	25/04/2025	31/12/2025	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
			Revisión, ajuste y actualización de los procedimientos de compras.	Manual de contratación.	Manual de contratación / Actualización.	Manual de contratación.	1 actualización	25/04/2025	31/12/2025	ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

		pública.	Seguimiento al plan anual de adquisiciones.	Página del secop I	4 actualizaciones anuales	PAA vigencia 2019	4 actualizaciones	25/04/2025	31/12/2025	<b>ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b>
Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios de personal de planta y contratación de servicios	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Gestionar el pago oportuno de los salarios del personal de planta y la remuneración de los contratistas de servicios.	Seguimiento permanente al proceso de facturación.	Reporte de informe mensual y trimestral según lo establecido en la circular 014 y decreto 2193.	12 reportes de carga exitosas mensuales circular 014 y 4 reportes de validación del decreto 2193.	Circular 014 Decreto 2193	100%	25/04/2025	31/12/2025	<b>ASESORA CARTERA</b>
			Disminución del porcentaje de Glosas y Devoluciones ante las diferentes EAPB.	Capacitaciones a personal de facturación, talleres y conciliaciones además de liquidaciones de contrato.	Documental y actas de socialización	Glosas	Glosas iniciales menos glosas finales	25/04/2025	31/12/2025	<b>ASESORA CARTERA</b>
			Seguimiento periódico a la realización de las conciliaciones con las diferentes EAPB.	Informe de seguimiento trimestral a las conciliaciones a las mesas de conciliación según circular 030.	4 Informes reportados a la secretaria departamental.	Valor acuerdo de pago sobre acuerdos efectivos	% de cumplimiento	25/04/2025	31/12/2025	<b>ASESORA CARTERA</b>
Utilización de información de Registro Individual de Prestaciones - RIPS	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Realizar seguimiento permanente por parte del Área Financiera a la ejecución de Ingresos y Gastos	Elaboración de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Informe trimestral de RIPS.	4 Informes	4 Informes	100%	25/04/2025	31/12/2025	<b>GERENCIA</b>
			Presentación de informes trimestrales del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS a la Junta Directiva.	Informe trimestral de RIPS.	4 Soportes de presentación.	4 Soportes de presentación.	4 Informes	25/04/2025	31/12/2025	<b>GERENCIA</b>
Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Informar a la Junta Directiva de la ESE sobre el análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS.	Racionalización del gasto de acuerdo a los Ingresos.	Informe de Austeridad al gasto.	4 INFORMES	4 INFORMES	100%	25/04/2025	31/12/2025	<b>CONTROL INTERNO</b>
			Asistencia a las mesas de conciliación de cartera, con el fin de sanear la cartera y obtener el pago oportuno de por parte de las EAPB.	Informe de seguimiento trimestral de mesas de conciliación según circular 030.	4 Informes reportados a la secretaria departamental.	Valor acuerdo de pago sobre acuerdos efectivos.	4 Informes	25/04/2025	31/12/2025	<b>GERENCIA- ASESORA DE CARTERA</b>
Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional o la norma que la sustituya.	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Realizar seguimiento al reporte de la información a la Superintendencia Nacional de Salud, dando cumplimiento a las fechas establecidas.	Elaboración y socialización del cronograma de informes institucionales, con fechas de vencimiento y responsables.	Seguimiento de reporte de información.	Número de informes a presentar / número de informes socializados.	Cronograma de Informes	90%	25/04/2025	31/12/2025	<b>CALIDAD-CONTROL INTERNO</b>
			Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a la Circular Única.	Cargue exitoso que se realiza trimestral.	Número de reportes exitosos.	4 Informes	4 Informes	25/04/2025	31/12/2025	<b>ASESORA CARTERA</b>
Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Política del programa de gestión institucional de los recursos financieros (PEGIF)	Presentar oportunamente la información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	Seguimiento y revisión de la información objeto de cargue en la plataforma SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004	Cargue de la información en los respectivos formularios	Número de informes presentados / número de informes por presentar 2193	2193	100%	25/04/2025	31/12/2025	<b>CONTROL INTERNO – ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – CONTADOR-JURIDICO-CALIDAD-COORDINADORA FACTURACION-ASESORA CARTERA</b>
			Validación y cargue oportuno de la información correspondiente a los cuatro trimestres y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	Cargue de la información con cero inconcistencias bloqueantes y haber realizado el envío de la información con los respectivos soportes en la fecha correspondiente.	Número de informes presentados / número de informes por presentar 2193.	2193	100%	25/04/2025	31/12/2025	<b>CONTROL INTERNO – ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – CONTADOR-JURIDICO-CALIDAD-COORDINADORA FACTURACION-ASESORA CARTERA</b>
			Presentación y sustentación periódica ante la SSDH de la información correspondiente a la información trimestral y anual en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004.	Acta de seguimiento de la SSDH respecto a la presentación trimestral del informe de 2193.	Número de informes presentados / número de informes por presentar 2193	2193	5 actas de seguimiento dada por la SSDH	25/04/2025	31/12/2025	<b>CONTROL INTERNO – ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – CONTADOR-JURIDICO-CALIDAD-COORDINADORA FACTURACION-ASESORA CARTERA</b>
<b>Elaboro</b>		<b>Reviso</b>		<b>Aprobó</b>						
CLARA ESPERANZA MORA CELIS		CLARA ESPERANZA MORA CELIS		RAIMUNDO LOSADA GARCIA						
PROFESIONAL ESPECIALIZADA		PROFESIONAL ESPECIALIZADA		Gerente						





E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

Versión: 01

PLAN DE ACCION

COMPONENTE: CLÍNICA O ASISTENCIAL			PLAN DE ACCION GESTION GERENCIAL 2025							RESPONSABLE
DIMENSION	POLITICA	PROPUESTAS O ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	EVIDENCIA	INDICADOR	LINEA BASE	META 2025	TIEMPO DE EJECUCION		
								INICIO	FINAL	
Captacion de Gestantes antes de la semana 12 de gestación	Politica de Calidad	Captar las gestantes antes de la semana 12 de gestación	Cumplimiento de la Ruta Materno Perinatal	Soporte de Gestantes incritas e informe de Salud Sexual y Reproductiva	Número de mujeres gestantes a quienes se les realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron en el programa de control prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación en la vigencia objeto de evaluación / Total de mujeres gestantes identificadas en la vigencia objeto de evaluación	0.90	≥ 0.85	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADORA IAMII
			Cumplimiento en los estándares de habilitación, según	Circular de Gerencia para la realizacion de la Autoevaluacion/ Autoevaluacion de Habilitacion por servicio	Una (1) Circular de Gerencia para la realizacion de la Autoevaluacion de Habilitacion	Resolucion N° 2445 SSDH	Autoevaluacion de habilitación de todos los servicios incritos enel REPS	06/06/2025	31/12/2025	GERENCIA -ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – CONTADOR- ALMACEN-CALIDAD – COORDINADORES AREAS ASISTENCIALES
			Evaluacion de los 10 pasos- Institución Amiga de la Mujer y la Infancia con enfoque Integral	Informe de Autoapreciacion IAMII	Un (1) informe de Autoapreciacion IAMII	Autoapreciacion IAMII 2019	Autoapreciacion IAMII 2025	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADORA IAMII
			Socialización y evaluación de adherencia a guías y protocolos maternos perinatales	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: listado con la totalidad de mujeres gestantes identificadas por la ESE en la vigencia objeto de evaluación y que indique si se inscribió o no en el programa de control prenatal, la semana de gestación al momento de la inscripción y si fue valorada por médico; aplicación de la fórmula del indicador	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de Guía de atención materno Perinatales adoptada por la ESE / Total de Historias Clínicas evaluadas en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	90%	90%	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
Incidencia de SIFILIS congénita en partos atendidos en la ESE	Politica de Seguridad del Paciente	Eliminar la incidencia de casos de SIFILIS congénita en los nacidos vivos del municipio.	Fortalecimiento del programa de detección temprana de alteraciones el embarazo.	Certificacion: a) Cuando no existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE municipal que certifique la no existencia de casos. b) Cuando existan casos de sífilis congénita: Concepto del COVE departamental	Número de recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia objeto de evaluación	1 caso	0 casos	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADORA SIVIGILA
			Capacitación al personal asistencial sobre las guías de atención en alteraciones el embarazo.	Plan de Capacitacion Anual que contenga guías de atención en alteraciones el embarazo.	Nº de Medicos Generales y Enfermeras de la ESE, capacitadas en guías de atención en alteraciones el embarazo / Nº Total de Medicos Generales y Enfermeras de la ESE	100%	100%	06/06/2025	31/12/2025	MEDICO GENERAL GRUPO IAMII

			Auditoria y Evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica y protocolos	Plan de Capacitación Anual que contenga guías de atención en Sífilis Congenita y Gestacional	Nº de Médicos Generales y Enfermeras de la ESE, capacitadas en guías de atención en Sífilis Congenita y Gestacional / Nº Total de Médicos Generales y Enfermeras de la ESE	100%	100%	06/06/2025	31/12/2025	MEDICO GENERAL GRUPO IAMII
Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Política de Calidad	Evaluar periódicamente la adherencia de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	Adopción e implementación de las guías de práctica clínica - GPC	Acto administrativo de Adopción e implementación de las guías de práctica clínica - GPC	Un (1) Acto Administrativo de Adopción e implementación de las GPC	1	1	06/06/2025	31/12/2025	GERENCIA – COORDINADOR MEDICO
			Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de hipertensión arterial.	Actas de Comité de Historia Clínica	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE / Total de historias evaluadas con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación.	0.98	0.90	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
			Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de atención de enfermedad hipertensiva.	Actas de Comité de Historia Clínica	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador	12 actas de comité Historia Clínica	12 actas de comité Historia Clínica	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
Evaluación de aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Política de Calidad	Evaluar periódicamente la adherencia en la aplicación de guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Definición de la metodología y frecuencia de las auditorías para la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Actas de Comité de Historia Clínica	Número de Historias Clínicas de niños(as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía Técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo / Total de historias de niños(as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la Vigencia	0.97	0.80	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
			Retroalimentación al personal asistencial de los resultados obtenidos en la evaluación de la adherencia a la guía de manejo de crecimiento y desarrollo.	Actas de Comité de Historia Clínica	Informe del comité de historias clínicas que como mínimo contenga: Referencia al acto administrativo de adopción de la guía, definición y cuantificación de la muestra utilizada y aplicación de la fórmula del indicador	12 actas de comité Historia Clínica	12 actas de comité Historia Clínica	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
			Implementación de mejora para las desviaciones detectadas en la evaluación de la guía	soportes de notificación de mejoramientos por profesional de acuerdo a los hallazgos	Nº total de soportes de mejoramiento establecidos de acuerdo a los hallazgos	Soportes de Mejoramiento	Soportes de Mejoramiento por hallazgos en HC	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO

Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	Politica de Seguridad del Paciente		Identificación de las causas de reingreso del paciente al servicio de urgencias	Informe del analisis de las causas de reingreso del paciente al servicio de urgencias	Número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso en la vigencia objeto de evaluación / Número total de egresos vivos atendidos en el Servicio de urgencias en la vigencia objeto de evaluación.	Actas de Comité de H.C	Actas de Comité de H.C	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO-JEFE DE URGENCIAS
			Evaluación de la adherencia de las guías de práctica clínica - GPC en el servicio de urgencias	Actas de Comité de Historia Clínica	Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de las Guías de atención de Urgencias adoptada por la ESE / Total de HC evaluadas en el servicios de urgencias de la ESE	0.90	0.90	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
			Implementación de mejora a las fallas detectadas en el servicio de urgencias	soportes de notificacion del mejoramientos por profesional de acuerdo a los hallazgos	Nº total de soportes de mejoramiento establecidos de acuerdo a los hallazgos	Soportes de Mejoramiento	Soportes de Mejoramiento por hallazgos en HC	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADOR MEDICO
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general		Mantener la oportunidad promedio en la atención de consulta de medicina general.	Seguimiento al tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general.	Ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina general de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.	1.2	≤ 0.03	06/06/2025	31/12/2025	COORDINADORA DE FACTURACION-CALIDAD
			Capacitación a los usuarios en el buen uso de los servicios de salud.	Registro fotografico y registro de capacitación	Nº de usuarios capacitados en el buen uso de los servicios de salud.	Registro fotografico y registro de capacitación	Registro fotografico y registro de capacitación	06/06/2025	31/12/2025	SIAU
<b>Elaboro</b>		<b>Reviso</b>				<b>Aprobó</b>				
CLARA ESPERANZA MORA CELIS		CLARA ESPERANZA MORA CELIS				RAIMUNDO LOSADA GARCIA				
PROFESIONAL ESPECIALIZADA		PROFESIONAL ESPECIALIZADA				Gerente				