
	E.S.E. SAN SEBASTIAN					CODIGO	GPC-FO-04	
	LA PLATA - HUILA					VERSIÓN	3	
	NIT: 813.002.872 - 4					FECHA APROBACIÓN	2016	
	PLAN DE ACCION -2026					PÁGINA	1-2	
AREA O PROCESO	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO							
COORDINADOR	CLAUDIA ANDREA BARAJAS LONDOÑO							
PERIODO FISCAL	2026							
OBJETIVO GENERAL	Diseñar, estructurar e implementar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST con el fin de promover, mantener y mejorar las condiciones de salud y trabajo en LA E.S.E. SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA HUILA , y de preservar un estado de salud, bienestar físico, mental y social de los colaboradores, la prevención de accidentes y enfermedades laborales factibles de intervención, dando cumplimiento a la normatividad vigente.							
OBJETIVOS ESPECIFICOS	*Asegurar la identificación, evaluación e intervención de los diferentes factores de riesgo y peligros significativos para la salud de los colaboradores mediante la identificación de los peligros y valoración de los riesgos. *Cumplir con la normatividad legal vigente y demás reglamentaciones aplicables *Fortalecer la cultura de salud y seguridad promoviendo el compromiso y liderazgo de todos los colaboradores							
ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	CORTO	MEDIANO	LARGO	INICIO	TERMINA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
Diseñar, ejecutar y socializar los Objetivos de Seguridad y Salud en el Trabajo Trabajo	Se toma la información del Decreto 1072 de 2015 y se plasma en el documnto y mediante charla en los puestos de trabajo se socializa	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual
Actualización y socialización de la matriz de Riesgos y peligros de la entidad según cambios de la institución y normatividad vigente	en apoyo con el COPASST y colaboadores de las áreas se recopila información de los posibles riesgos del áreas para tomar medidas preventivas o correctivas según el caso.		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual
Informar y verificar las condiciones de riesgo a las cuales están expuestos los trabajadores, colaboradores y personal en formación	Se informa mediante oficio a quien corresponda las condiciones encontradas en las áreas y que impliquen riesgo para los colaboradores.	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Cuando se requiera
Realizar la solicitud de necesidad de contratación de medico ocupacional para la realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos	Mediante oficio se solicita a Gerencia la contratación de un medico especialista en salud ocupacional para la realización de los exámenes medicos ocupacionales	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual
Realización de exámenes de ingreso, egreso y periódicos	Se realiza programación de fecha y hora del personal de planta y contratistas y se les informa mediante oficio o de manera virtual a cada uno y a su lider de área.		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual y/o de acuerdo a la necesidad
Actualizar y ejecutar los PVE, que se manejan de acuerdo al resultado de las valoraciones medicas ocupacionales.	De acuerdo al informe de diagnostico de condiciones de salud producto de las valoraciones medicas ocupacionales, se priorizan los programas de	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	mensual
Elaboración o actualización, revisión y aprobación, y socialización de las políticas de SGSST	Se actualizan las politicas de acuerdo a la normatividad, se entregan a gerencia para que sean firmadas y se socializa mediante inducción y charlas en las diferentes áreas.	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual
Aplicar autoevaluación conforme a la Tabla de Valores y Calificación de los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante el diligenciamiento del formulario de evaluación que forma parte de la resolución. 0312 de 2019	en una tabla de excell se aplica la autoevaluación de acuerdo a los estándares de la resolución 0312 de 2019 con el fin de medir en porcentaje el avance del SG-SST			x	ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Anual
Verificar la afiliación a la Seguridad Social de los colaboradores de la Institución Independientemente el tipo de contrato.	Mediante formato establecido se realiza el control del pago de la seguridad social de los contratistas.	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Mensual
Apoyar el funcionamiento del comite de convivencia laboral, de acuerdo a la normatividad vieigente	se realiza apoyo con reuniones, capacitaciones y activiades programadas con los integrantes del comité.		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	trimestral o de acuerdo a los casos que se presenten

Diseñar, Socializar y aplicar el procedimiento que permita verificar el cumplimiento de la implementación del SG-SST por parte de los proveedores y contratistas .		x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	anual
Apoyar el Funcionamiento del COPASST	De acuerdo al cronograma establecido en la instalación del comité se estarán realizando las reuniones de manera mensual y actividades planeadas.	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Mensual
Plan de trabajo Brigada de Emergencias Realización de actividades incluidas en el plan de emergencias y establecidas cronograma de brigadistas	Se ejecutarán de acuerdo al cronograma establecido		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	De acuerdo a la programación
Realizar inspecciones de seguridad	Alpicando listas de chequeo que permitan verificar las condiciones de seguridad	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	mensual
Realizar el Plan de Trabajo Anual SGSST-2024	Se realiza la planeación de las actividades para la vigencia 2024	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Annual
Rendir informe ante la gerencia para verificar el nivel de cumplimiento del SG-SST	A través de reunion con Gerencia se entrega informe de las actividades ejecutadas durante el semestre.			x	ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	semestral
socialización y verificación al buen uso y utilización de EPP en los diferentes servicios	Alpicando listas de chequeo que permitan verificar que el personal haga buen uso de los EPP	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	mensual
Reportar e investigar los accidentes de trabajo y Enfermedades laborales	Se hará el reporte en la plataforma si se llega a presentar un accidente			x	ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Cuando se requiera
Seguimiento a la señalización de áreas, preventivo e informativo dentro de la E.S.E	Alpicando listas de chequeo que permitan verificar las condiciones de la señalización y que esté en los lugares adecuados		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	trimestral
solicitar ecompañamiento de la ARL para diseñar e Implementar acciones para el cumplimiento del Plan Estratégico de Seguridad Vial en la institucion de acuerdo a las características de la Institucion según la Resolución 1565 de 2014	Mediante correo se solicita a la asesora de la ARL, el acompañamiento para iniciar el diseño de acuerdo a la normatividad vigente		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	De acuerdo al cronograma de actividades con la ARL
Diseñar el plan de capacitacion del SGSST para la vigencia 2024	De acuerdo a los riesgos y programas de vigilancia epidemiológica y aplicando el formato establecido se realizarán las capacitaciones adecuadas	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Annual
Diseñar e Implementar el programa de estilos de vida saludable	las activades ser realizarán conforme al cronograma establecido		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Se ajusta al cronograma de actividades
Aplicar programas establecidos en vigilancia epidemiologica según las condiciones de salud del personal que labora en la ESE SAN SEBASTIÁN	Los programas y actividades están sujetos al informe de condiciones de salud resultado de las valoraciones medicas ocupacionales		x		ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	SE AJUSTA A LA VALORACIONED MEDICAS OCUPACIONALES
Solicitar la aplicación de la batería de riesgo Psicosocial al 100% de los funcionarios y contratistas	mediante oficio se solicita a gerencia .	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	anual
Inducción y re inducción en SST	Estará sujeto a la contratación de la institución.	x			ene-26	dic-26	LIDER SG-SST	Cuando se requiera

	E.S.E. SAN SEBASTIAN				CODIGO	GPC-FO-04				
	LA PLATA - HUILA									
	NIT: 813.002.872 - 4				VERSIÓN	1				
	PLAN DE ACCION				F. APROBACIÓN	2009				
		PÁGINA		1-2						
AREA O PROCESO	MERCADERO Y VENTA DE SERVICIOS DE SALUD									
LIDER	ANNELINE PUYO YASNO									
PERIODO FISCAL	2025									
OBJETIVO GENERAL	Liderar el Proceso De Venta De Servicios De Salud de Salud									
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Liderar eficaz y eficientemente el proceso Gerencial de Venta de Servicios de Salud a las diferentes EAPB y demás entidades del sector .									
ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	CORTO	MEDIANO	LARGO	INICIO	TERMINA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO		
Liderar el proceso de Venta de servicios de salud a las EAPB y demás entidades del sector	Apoyando eficientemente a la Gerencia en la coordinación de este Proceso de Venta y Mercadeo de Servicios de Salud				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Mensual	Se realiza revisión de cada una de las minuras y las notas técnicas de acuerdo a las actividades habilitadas por la ESE San Sebastián	..\1. 2025\MATRIZ DE CONTRATACION 2025
Realizar la Socialización, a las diferentes áreas de la empresa de los Contratos y Convenios de Prestación de servicios de salud que suscriba la ESE.	Articulando con Los Coordinadores y líderes de las diferentes Áreas las particularidades y Obligaciones para la ejecución de los Contratos y Convenios de Prestación de servicios de salud				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Semanal y Mensual	Se hizo socialización de la ficha contractual con cada una de las EPS	..\1. \GRUPADO NOTAS TÉCNICAS
Mantener actualizado el archivo de los diferentes Contratos y Convenios que suscriba la ESE con las diferentes EAPB y Demás entidades del Sector.	Archivando y Gestionando correctamente las Minutas en Coordinación con la Secretaria de Gerencia para su Custodia.				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Semanal	Se esta actualizando y organizado el archivo conforme a la normatividad vigente de los documentos contractuales que reposaban en gerencia	Aun no se ha realizado la transferencia de los documentos, ya que no ha salido directriz de gestión documental para dicha actividad
Liderar las estrategias de Ventas de servicios de Salud a las diferentes EAPB y Entidades del Sector	Estructurar el Plan de Medios y Mercadeo de los Servicios de Salud que están en el portafolio de Servicios de la Empresa				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Mensual	Propuestas a cada uno de las IPS que requieren de nuestros servicios	Se realizó los manuales procesos y procedimientos de comunicaciones. Se esta a la espera de la resolución por parte de la gerencia para la adopción de dichos documentos.
Proponer lineamientos para el cumplimiento de las coberturas de atención y Estimaciones en los programas de PYD y cumplimiento de las notas técnicas	Comunicación PERMANENTE con el personal de las demás dependencias involucradas (Líderes PyD, APS, Facturación y Líder Asistencial)				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Semanal y Mensual	Seguimiento a las notas técnica para el cumplimiento de las actividades de PyM	Se notificada a cada Líder de proceso que hacen parte fundamental en la ejecución de los notas técnicas contratadas (ejecución) correos electrónicos
Mantener actualizado el archivo de la Coordinación de Venta de Servicios de Salud (Circulares, Programación, Oficios Enviados, Oficios Recibidos, Manifestaciones y Seguimiento a Riesgos)	Archivando y Gestionando correctamente los documentos que produzca la Coordinación				Enero	Diciembre	Líder Venta de servicios EAPB	Diario	Documentos archivados	Una vez se recibe la documentación se procede al archivo de la misma. (archivo de oficina)

Líder del Proceso: ANNELINE PUYO YASNO

	E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	GCI-FO-04
	LA PLATA- HUILA	VERSION	1
	NIT. 813-007-872-4	F. APROBACION	2009
	PLAN OPERATIVO	PAGINA	1 de 1

AREA O PROCESO CONTROL INTERNO


LIDER AMALFI STELLA CASTIBLANCO M

PERIODO FISCAL 2025

OBJETIVO GENERAL Establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la oficina, que adelantará el Jefe o Asesor de Control Interno, estas acciones tienen como objeto agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos ,mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinado que permita evaluar de manera efectiva la gestión de riesgos y controles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
 1. Relacionar los procesos a auditar
 2. Presentar los informes de auditoría.
 3. Realizar planes de mejoramiento si aplica, efectuar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento definidos.

Acción. (Qué)	Responsable (Quién)	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				OBSERVACIONES
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4									
		Informe sobre posibles actos de corrupción. (en caso de evidenciarse)																																														Al Representante legal con copia a la Secretaria General de la Presidencia de la Republica y a la Secretaria de Transparencia		
Informe Semestral sobre la atención prestada por la entidad, por parte de las Oficinas de Quejas, Sugerencias y Reclamos.																																														La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular.				
Informe Control Interno Contable.																																														A través del Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP) CHIP Local 24.6.0				
Informe de evaluación a la gestión institucional (Evaluación por dependencias)																																														Este informe consolida toda la vigencia y se presenta a la administración el 30 de enero de la siguiente vigencia. Se definen seguimientos trimestrales que faciliten su consolidación para la presentación en la fecha requerida.				
Informe de derechos de autor software																																														La Unidad Administrativa Especial Dirección Nacional de Derecho de Autor, abre el aplicativo abre desde el primer día hábil del mes de enero de cada año hasta el tercer viernes del mes de marzo, fecha en la cual se deshabilitará el aplicativo				

	E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	GCI-FO-04
	LA PLATA- HUILA	VERSION	1
	NIT. 813-007-872-4	F. APROBACION	2009
	PLAN OPERATIVO	PAGINA	1 de 1

AREA O PROCESO CONTROL INTERNO


LIDER AMALFI STELLA CASTIBLANCO M

PERIODO FISCAL 2025

OBJETIVO GENERAL Establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la oficina, que adelantará el Jefe o Asesor de Control Interno, estas acciones tienen como objeto agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos ,mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinado que permita evaluar de manera efectiva la gestión de riesgos y controles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
 1. Relacionar los procesos a auditar
 2. Presentar los informes de auditoría.
 3. Realizar planes de mejoramiento si aplica, efectuar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento definidos.

Acción. (Qué)	Responsable (Quién)	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				OBSERVACIONES
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
		Seguimiento a la actividad litigiosa																																														Entidades del orden territorial harán seguimiento a la Gestión e Información de la Actividad Litigiosa de su entidad, acorde con los lineamientos generales definidos por la Agencia de Defensa Jurídica del Estado		
Informe Trimestral de austeridad en el gasto																																										Verificación del cumplimiento de las disposiciones de austeridad. No se envía, las Contralorías podrán solicitarlo en sus visitas a las entidades. Para el último trimestre se analizará la información que se tenga consolidada a la fecha y se complementará con los cierres en temas contractuales y financieros en enero de la siguiente vigencia.								
Informe de seguimiento al plan de mejoramiento con el organismo de control (cuenta anual)																																										Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental.								
Seguimiento al programa de transparencia y ética pública (Plan Anticorrupción y de																																										El plan y sus seguimientos deben ser publicado en la página web de la entidad respectiva.								

	E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	GCI-FO-04
	LA PLATA- HUILA	VERSION	1
	NIT. 813-007-872-4	F. APROBACION	2009
	PLAN OPERATIVO	PAGINA	1 de 1

AREA O PROCESO CONTROL INTERNO

LIDER AMALFI STELLA CASTIBLANCO M

PERIODO FISCAL 2025

OBJETIVO GENERAL Establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la oficina, que adelantará el Jefe o Asesor de Control Interno, estas acciones tienen como objeto agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos ,mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinado que permita evaluar de manera efectiva la gestión de riesgos y controles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
 1. Relacionar los procesos a auditar
 2. Presentar los informes de auditoría.
 3. Realizar planes de mejoramiento si aplica, efectuar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento definidos.

Acción. (Qué)	Responsable (Quién)	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				OBSERVACIONES
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Seguimiento al fortalecimiento de la meritocracia en el Estado Colombiano																																														Cumplimiento por parte de la entidad en: i) Obligaciones relacionadas con la actualización del OPEC; ii) Obligaciones relacionadas con la actualización del SIGEP, Plan Anual de Vacantes y la Declaración de Bienes y Rentas.				
Desarrollo de otros roles de las Oficinas de Control Interno																																																		
Atención visita organismo de control	Asesor de Control Interno																																													Cuando sea convocado				
Asistencia Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Asesor de Control Interno																																									Se programan dos en el año; sin embargo, se puede convocar un Comité extraordinario cuando sea necesario.								
Asistencia Consejo de Gobierno	Asesor de Control Interno - Planeación																																									Cuando sea convocado								
Asistencia Comité de Contratación	Asesor de Control Interno - Planeación																																									Cuando sea convocado								
Asistencia Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Asesor de Control Interno - Planeación																																									Cuando sea convocado								
Asistencia a otros Comités Institucionales	Asesor de Control Interno																																									Cuando sea convocado								

	E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	GCI-FO-04
	LA PLATA- HUILA	VERSION	1
	NIT. 813-007-872-4	F. APROBACION	2009
	PLAN OPERATIVO	PAGINA	1 de 1

AREA O PROCESO CONTROL INTERNO

LIDER AMALFI STELLA CASTIBLANCO M

PERIODO FISCAL 2025

OBJETIVO GENERAL Establecer de manera ordenada las actividades de auditoría, así como las relacionadas con los roles e informes de competencia de la oficina, que adelantará el Jefe o Asesor de Control Interno, estas acciones tienen como objeto agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos, mediante la aplicación de un enfoque sistemático y disciplinado que permita evaluar de manera efectiva la gestión de riesgos y controles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
 1. Relacionar los procesos a auditar
 2. Presentar los informes de auditoría.
 3. Realizar planes de mejoramiento si aplica, efectuar el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento definidos.

Acción. (Qué)	Responsable (Quién)	ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			OBSERVACIONES
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

Se logro el cumplimiento del 100% del plan operativo de la vigencia 2025, se realizaron plan de mejoramiento a los procesos con hallazgos y se realizo el respectivo seguimeinto al cumplimiento de planes de mejora, se presentaron todos los informes de ley y se publicaron en pagina Web dentro el tiempo estipulado, se participo de los diferentes comites y se realizo el comite de coordinacion de control interno, se participo del comite municipla de control interno y comite municipal de auditoria, todos los informes fueron socializados con la gerencia y con los lideres de los procesos auditados y reposan en la oficina de control interno para consultas futuras.

AMALFI STELLA CASTIBLANCO Contratista Control Interno
--



E.S.E SAN SEBASTIAN		CODIGO	GPC-FO-04
LA PLATA- HUILA		VERSION	1
NIT. 813-007-872-4		F. APROBACION	2022
PLAN OPERATIVO ANUAL		PAGINA	1 DE 1

PROCESO	SALUD ORAL
LIDER	JULIETH NATHALIA LOSADA RICARDO
PERIODO FISCAL	2025


OBJETIVO GENERAL	Fortalecer y garantizar el funcionamiento eficiente del proceso de salud oral.
-------------------------	--


OBJETIVOS ESPECIFICOS	<p>Coordinar y supervisar las actividades del proceso de salud oral, asegurando el cumplimiento de metas y estándares establecidos.</p> <p>Gestionar los recursos humanos y materiales necesarios para la ejecución del proceso de salud oral.</p> <p>Asegurar la mejora continua en la calidad de los servicios de salud oral.</p> <p>Monitorear y evaluar el impacto del programa de salud oral.</p>
------------------------------	--


Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Supervisar la calidad de atención en consultas odontológicas	Líder de Salud Oral	Toda la Vigencia	[Green cells]																																															
Analizar, investigar y dar respuesta a las quejas interpuestas por los usuarios sobre el proceso de Salud Oral	Líder de Salud Oral	Toda la Vigencia	[Blue cells]																																															
Participar en los comités, reuniones y/o asistencias técnicas a la que sea convocada	Líder de Salud Oral	Toda la Vigencia	[Yellow cells]																																															
Acompañar y atender las auditorias externas realizadas por las EAPBS y entes de control, relacionadas con los proceso de Salud Oral	Líder de Salud Oral	Toda la Vigencia	[Blue cells]																																															
Verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación Resolución 3100 de 2019 en el proceso de Salud Oral	Líder de Salud Oral	Toda la Vigencia	[Purple cells]																																															
Coordinar jornadas especiales de Salud Oral como "Soy Generación Más Sonriente".	Líder de Salud Oral	Trimestral	[Yellow cells in 1st, 4th, and 7th columns of each month]																																															

RESULTADO FINAL DE LA VIGENCIA: Durante la vigencia evaluada, el Proceso de Salud Oral alcanzó un 100% de cumplimiento del Plan Operativo Anual, evidenciando una adecuada planeación, ejecución y seguimiento de las actividades programadas. Se garantizó la articulación del talento humano, el seguimiento a la productividad y agendas, la gestión de insumos y el mantenimiento de equipos biomédicos en las Unidades Básicas de Atención. Así mismo, se cumplió oportunamente con la presentación de informes a los entes competentes, la actualización de protocolos, el monitoreo de indicadores, la supervisión de la calidad de la atención odontológica y la gestión de quejas de los usuarios. Adicionalmente, se verificó el cumplimiento de las condiciones de habilitación, se participó en comités y auditorías externas y se coordinaron jornadas especiales de promoción y prevención en salud oral, contribuyendo a la mejora continua del proceso.

Responsable: **Julieth Nathalia Losada Ricardo**
Líder Salud Oral.

	E.S.E SAN SEBASTIAN											CODIGO		GPC-F0-82																																																
	LA PLATA- HUILA											VERSION		1																																																
	NIT. 813-007-872-4											F. APROBACION		2005																																																
	PLAN OPERATIVO																																																													
AREA O PROCESO	PROMOCION Y PREVENCIÓN																																																													
COORDINADOR	NOHORA MURCIA																																																													
PERIODO FISCAL	2025																																																													
OBJETIVO GENERAL	<p>1) Vigilar el cumplimiento de indicadores de cada programa de DT Y PE y de de las Guías de Manejo de Enfermedades de interés en Salud Pública de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de salud y Protección Social.</p> <p>2) Garantizar el cumplimiento de la resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL).</p>																																																													
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<p>1) Garantizar la adherencia y continuidad de la población plateña a los diferentes programas de promoción y prevención establecidos en la norma y operativizados por el primer nivel de atención en cabeza de la ESE SAN SEBASTIAN en el municipio de La Plata.- resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL).</p> <p>2) Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las actividades específicas a cargo del grupo extramural "APS".</p> <p>3) - Elaboración de Planes de Mejoramiento que permitan optimizar las coberturas de DT Y PE y el Mejoramiento de la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública.</p>																																																													
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Captacion de la gestante a cpn antes de la semana 10 de gestacion	APS, MEDICOS, ENFERMERAS TODO EL PERSONAL DE LA ESE	Diariamente	[Cada día de cada mes está coloreado en azul claro]																																																											
Realizar la gestion oportuna para el logro de las metas y objetivos de los programas de promocion y prevencion	LIDER ASISTENCIAL,LIDER APS, ENFERMERA P Y P- ECNT Y DEMAS PERSONAL DE LA ENTIDAD	PRIMEROS DIEZ DIAS DE CADA MES	[Cada primer día de cada mes está coloreado en azul claro]																																																											
Elaboracion de indicadores trimestrales de cumplimiento DT y PE y RCV y desarrollo de comité trimestral de p y p y evaluacion de historias clinicas de enfermería.	ENFERMERA P Y P	PRIMEROS DIEZ DIAS DE CADA MES	[Cada primer día de cada mes está coloreado en amarillo]																																																											
Elaboración mensual de Informes de DT y PE por cada EPS: Subsidiadas y Contributivas	ENFERMERA P Y P -ECNT	PRIMEROS DIEZ DIAS DE CADA MES	[Cada primer día de cada mes está coloreado en azul]																																																											
Elaboración mensual de Informes de Programas Especiales por EPS	ENFERMERA P Y P -ECNT	informes mensuales y trimestrales	[Cada día de cada mes está coloreado en rosa]																																																											
Elaboración de Informe de Salud Sexual y Reproductiva	ENFERMERA P Y P -ECNT	MENSUALMENTE	[Cada día de cada mes está coloreado en naranja]																																																											
Coordinación Programa Patologías Crónicas no transmisibles	ENFERMERA P Y P -ECNT-AUXILIAR DE APOYO PROGRAMA CRONICAS	DE ACUERDO A PROGRAMACION ESTABLECIDA	[Cada día de cada mes está coloreado en amarillo]																																																											
Acompañamiento al proceso de auditorias realizado por las EPS-C- S- y demas entes de vigilancia y control a la ESE SAN SEBASTIAN.	ENFERMERA P Y P -ECNT	MENSUALMENTE	[Cada día de cada mes está coloreado en azul]																																																											
Coordinación PAI	ENFERMERA P Y P -ECNT	MENSUALMENTE	[Cada día de cada mes está coloreado en azul claro]																																																											

	E.S.E SAN SEBASTIAN		CODIGO	GPC-F0-82																																																										
	LA PLATA- HUILA		VERSION	1																																																										
	NIT. 813-007-872-4		F. APROBACION	2005																																																										
PLAN OPERATIVO																																																														
AREA O PROCESO	PROMOCION Y PREVENCIÓN																																																													
COORDINADOR	NOHORA MURCIA																																																													
PERIODO FISCAL	2025																																																													
OBJETIVO GENERAL	1) Vigilar el cumplimiento de indicadores de cada programa de DT Y PE y de de las Guías de Manejo de Enfermedades de interés en Salud Pública de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de salud y Protección Social. 2) Garantizar el cumplimiento de la resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL).																																																													
OBJETIVOS ESPECIFICOS	1) Garantizar la adherencia y continuidad de la población plateña a los diferentes programas de promoción y prevención establecidos en la norma y operativizados por el primer nivel de atención en cabeza de la ESE SAN SEBASTIAN en el municipio de La Plata.- resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL). 2) Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las actividades específicas a cargo del grupo extramural "APS". 3) - Elaboración de Planes de Mejoramiento que permitan optimizar las coberturas de DT Y PE y el Mejoramiento de la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública.																																																													
Acción. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Coordinación y seguimiento al proceso de toma y lectura de citologías	ENFERMERA P YP -ECNT	SEMANALMENTE	[Yellow shading]																																																											
Validación de RIPS PYP	ENFERMERA P YP -ECNT	MENSUALMENTE	[Blue shading]																																																											
Conciliación Glosas DT Y PE	ENFERMERA P YP -ECNT	MENSUALMENTE	[Cyan shading]																																																											
Seguimiento a usuarios Inasistentes a programas de DT Y PE y programa de crónicas.	AUXILIAR DE ENFERMERIA APOYO A PROGRAMA ECNT	MENSUALMENTE	[Green shading]																																																											

	E.S.E SAN SEBASTIAN		CODIGO		GPC-F0-82									
	LA PLATA- HUILA		VERSION		1									
	NIT. 813-007-872-4		F. APROBACION		2005									
PLAN OPERATIVO														
AREA O PROCESO	PROMOCION Y PREVENCION													
COORDINADOR	NOHORA MURCIA													
PERIODO FISCAL	2025													
OBJETIVO GENERAL	1) Vigilar el cumplimiento de indicadores de cada programa de DT Y PE y de de las Guías de Manejo de Enfermedades de interés en Salud Pública de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de salud y Protección Social. 2) Garantizar el cumplimiento de la resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL).													
OBJETIVOS ESPECIFICOS	1) Garantizar la adherencia y continuidad de la población plateña a los diferentes programas de promoción y prevención establecidos en la norma y operativizados por el primer nivel de atención en cabeza de la ESE SAN SEBASTIAN en el municipio de La Plata.- resolución 3280 de 2018 al interior de la ESE SAN SEBASTIAN (RIAS PROMOCON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y MATERNO PERINATAL). 2) Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las actividades específicas a cargo del grupo extramural "APS". 3) - Elaboración de Planes de Mejoramiento que permitan optimizar las coberturas de DT Y PE y el Mejoramiento de la atención de las Enfermedades de Interés en Salud Pública.													
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Quando	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECIEMBRE
			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Participar en los comites a los cuales sea invitada por la Gerencia.	ENFERMERA P YP -ECNT	MENSUALMENTE												
Asistir y participar en las actividades programadas por la Empresa.	ENFERMERA P YP -ECNT	MENSUALEMNTE												
Realizar seguimiento y consolidación de los eventos adversos presentados en P y P.	ENFERMERA P YP -ECNT	DIARIA												
Socialización de normatividad vigente sobre promoción y prevención y enfermedades crónicas no transmisibles al personal de la ESE(medicos y enfermeras y demas personal de la IPS)	ENFERMERA P YP -ECNT	De acuerdo a programación institucional.												
Seguimiento al reporte y evaluación de resolución 202 a entes departamental, municipal y EAPB	ENFERMERA P YP -ECNT	De acuerdo a lo pactado contractualmente												
Responsable:			NOHORA MURCIA ENFERMERA P Y P											

EVALUACION POAI 2025: Durante la vigencia 2025 se obtuvo un cumplimiento del 80 %. En cuanto cumplimiento de captación de las gestantes(ruta maternoperinatal) en el primer trimestre de gestación y para el cumplimiento de coberturas de los diferentes programas de detección temprana y protección específica (ruta de promoción y mantenimiento de la salud) se alcanzó un cumplimiento del 85 %. Para el programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles se logró un cumplimiento de 75 % en lo que corresponde a adherencia y continuidad de los pacientes al programa. Estos cumplimientos tan bajos se debieron a situaciones como: personal insuficiente para canalización de los usuarios a los diferentes programas de DT y PE, falta de compromiso de los funcionarios del área de call center y facturación para canalización de usuarios objeto de los programas de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y cerebrocardiovascular- metabólica., lo cual se ve reflejado en la poca asignación de citas para valoraciones integrales de los diferentes cursos de vida de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y en los descuentos por incumplimientos en las metas de estimaciones establecidas en las minutas de capitación, orden público alterado en el municipio, desplazamiento de población, constantes paré y siga por colocación de la capa asfáltica vía Belén- LaPlata, situación que afecta los horarios de las rutas de transporte impidiendo la llegada puntual a las citas y aumento de la inasistencia tanto a citas como a valoraciones integrales

Ya en lo correspondiente al cumplimiento de presentación de informes se logró el 100% en todos los compromisos normativos frente a las entidades del orden nacional, departamental, municipal y EPS.

NOHORA MURCIA ENFERMERA P YP -ECNT.


	E.S.E SAN SEBASTIAN										CODIGO					GPC-F0-82				
	LA PLATA- HUILA										VERSION					1				
	NIT. 813-007-872-4										FECHA APROBACION					abr-09				
	EVALUACION PLAN OPERATIVO ANUAL 2025																			


AREA O PROCESO	GESTION DE LA INFORMACIÓN																																																											
LIDER	DIANA MERCEDES MORA RAMIREZ																																																											
PERIODO FISCAL	2025																																																											
OBJETIVO GENERAL	Garantizar un proceso de facturación eficiente, preciso y oportuno de los servicios de salud prestados, asegurando el cumplimiento de la normativa vigente, la correcta recuperación de los ingresos y la sostenibilidad financiera de la institución.																																																											
OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registrar de manera completa y exacta los servicios médicos, procedimientos, insumos y medicamentos brindados al usuario. 2. Asegurar que la facturación se realice conforme a los contratos establecidos con las EAPB, o entidades responsables de pago. 3. Reducir errores, glosas y devoluciones mediante la validación previa de la información. 4. Garantizar la emisión y entrega oportuna de las facturas a las entidades responsables de pago y proprocesos internos de la institución. 5. Facilitar el seguimiento, control y conciliación de las cuentas por cobrar mediante el suministro de información requerida. 6. Optimizar los tiempos del proceso de facturación para mejorar el flujo de caja de la institución. 7. Contribuir a la transparencia y confiabilidad de la información suministrada al área financiera. 																																																											
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO		FEBRERO				MARZO					ABRIL					MAYO				JUNIO					JULIO				AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE				NOVIEMBRE					DICIEMBRE									
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

RESULTADO FINAL DE LA VIGENCIA: Durante la vigencia evaluada del Proceso de facturación da como resultado un 100% de cumplimiento del Plan Operativo Anual; llevando a cabo una planeación adecuada de los procedimientos y actividades, acciones programadas y ejecutadas durante la vigencia evaluada. Se realizó articulación con diferentes procesos que intervienen, asegurando así, el seguimiento a la productividad como también al equipo de apoyo que componen el proceso de facturación. se cumplió con los informes correspondientes a la vigencia en mención se participó de los diferentes comités, como también y se realizaron los ajustes que corresponden para la mejora continua del proceso.

Lider del Proceso

DIANA MERCEDES MORA RAMIREZ


	E.S.E SAN SEBASTIAN												CODIGO					GCA-F0-82																																															
	LA PLATA- HUILA												VERSION					1																																															
	NIT. 813-007-872-4												F. APROBACION					2009																																															
	EVALUACION PLAN OPERATIVO ANUAL 2025												PAGINA					1 de 1																																															
AREA O PROCESO																	GESTION DE JURIDICA																																																
LIDER																	MARIA ANGELICA BERMEO MANRIQUE																																																
PERIODO FISCAL																	2025																																																
OBJETIVO GENERAL																	Realizar la planeacion, evaluacion y control del proceso de gestion de Juridica dentro de los parámetros establecidos por la empresa.																																																
OBJETIVOS ESPECIFICOS																	Planeacion de las actividades relacionadas con el proceso de Gestion Juridica que comprende los Procesos Contractuales, la defensa Juridica.																																																
Accion. (Que)		Responsable (Quien)		Quando		ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
Realizar la planeacion de las actividades propias del proceso		Lider del proceso		Una vez al año																																																													
Iniciar los procesos disciplinarios que se remitan		Lider del proceso		Cada vez que se requiera																																																													
Elaboracion de Minutas		Lider del proceso/Profesional Universitario		Cada vez que se requiera																																																													
Tramitar las actividades para la liquidacion de contratos cuando se requiera.		Profesional Universitario		Cada vez que se requiera																																																													
realizar el cargue oportuno de la informacion en las plataformas definidas de : Dto. 2193, SIA OBSERVA, SECOP II, SUPERSALUD y demas requeridos por entes de control.		Profesional Universitario		Peridicamente de acuerdo al informe																																																													
Garantizar que los documentos que genera el proceso cumplan con las TRD		Lider del proceso/profesional Universitario		Diariamente																																																													
Participar en la implementacion del proceso MECI-CALIDAD, ACREDITACION.		Lider del proceso/profesional Universitario		Diariamente																																																													
NOTA: LAS ACTIVIDADES SE CUMPLIERON EN 100%																																																																	


		E.S.E. SAN SEBASTIAN LA PLATA - HUILA NIT: 813.002.872 - 4					CODIGO	GPC-FO-04	
							VERSIÓN	1	
							F. APROBACIÓN	2009	
							PÁGINA	1-2	
AREA O PROCESO		COORDINACIÓN GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES							
COORDINADOR		RODRIGO LISCANO GUZMAN							
PERIODO FISCAL		2025							
OBJETIVO GENERAL		Liderar el proceso de gestión y adquisición de bienes e insumos							
OBJETIVOS ESPECIFICOS		Garantizar una adecuada adquisición, administración y Distribuir elementos que se requieren para dar cumplimiento al objetivo de la Empresa Social del							
ACTIVIDADES	COMO SE VA HACER	CORTO	MEDIANO	LARGO	INICIO	TERMINA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO	
1	Elaboracion de consolidados para renovacion de las diferentes polizas				Enero	Enero	lider de proceso	Mensual y trimestral	
2	Elaborar el Plan de adquisiciones				Enero	Enero	lider de proceso	Cada 3 meses	
3	Elaborar informes a entes de control				febrero	febrero	lider de proceso		
4	Ejecutar el plan de compras mediante las informacion suministrada por los coordinadores de procesos.				Enero	Diciembre	lider de proceso	Cada 3 meses	
5	Solicitud de pedido de insumos y equipos medicos de proveedores hasta la e.s.e san sebastian				Enero	Diciembre	lider de proceso	mesual	
6	Recepción de insumos y equipos médicos (recepcion tecnica y adminidrativa)				Enero	Diciembre	lider de proceso	mesual	
7	Ingreso de bienes a Almacen por compra.				Enero	Diciembre	lider de proceso	diario, semanal y mensual	
8	confrontacion de elementos en la pagina del INVIMA				Enero	Diciembre	lider de proceso	diario, semanal y mensual	
9	Almacenamiento de insumos y equipos medicos de forma interna en la E.S.E san Sebastián.				Enero	Diciembre	lider de proceso	diario, semanal y mensual	

10	Semaforización	Es una herramienta que permite identificar y determinar en el momento oportuno que insumos están próximos a vencer, posibilitando del mismo modo ejercer un control sobre estos, esta semaforización se efectúa de acuerdo a la rotación de los insumos y se aplica en cada centro de atención, en el almacén central, en el carro de paro y en donde se utilicen insumos y dispositivos médicos. La semaforización de los productos según su fecha de vencimiento se realizará así: el color rojo indica que s fecha de vencimiento es menor o igual a 6 meses, el color amarillo indica que su fecha de vencimiento esta entre 7 y 12 meses y el color verde indica que su fecha de vencimiento es mayo a 13 meses. Al momento de dispensar dispositivos médicos o insumos el personal del área de almacén debe cerciorarse que se entregue el producto con stickers esto para poder identificar la cantidad de tiempo que tenga para poder ser utilizado.				Enero	Diciembre	lider de proceso	diario, semanal y mensual
11	Devoluciones de insumos o equipos médicos	estas se pueden presentar por incumpliminto en lo pactado en el contrato: y deben cumplir con los siguientes requisitos para poderce llevar a cabo: • Efectuar las devoluciones en sus empaques originales. • Abstenerse de rayar, marcar, pintar o pegar sticker a los empaques de los productos. • La información básica del insumo o equipo médico no debe estar tapada o borrada (nombre, concentración, fecha de vencimiento vigente, lote, registro sanitario INVIMA). • No presente muestras de deterioro, alteración, contaminación o signos que puedan indicar afectación de su calidad. • No se recibirán devoluciones de insumos que requieran cadena de frío				Enero	Diciembre	lider de proceso	mensual
12	Distribución interna de insumos y equipos médicos a las diferentes dependencias (coordinadores de procesos.)	Las necesidades de cada dependencia son entregadas a el área de almacén entre los días 15 y 20 de cada mes anterior al solicitado y el debido despacho se realiza los 5 días avilés de cada mes solicitado en donde se deja como evidencia el documento que arroja el módulo de almacén en donde queda plasmada la firma de quien recibe				Enero	Diciembre	lider de proceso	diario, semanal y mensual
13	Informar e ingresar a la póliza de seguro cualquier eventualidad en los bienes asegurados	El ingreso de los equipos adquiridos después del mes de enero se debe incluir a las pólizas correspondientes, en donde se le envía copia, a la aseguradora de la factura, entrada del equipo, característica del elemento y ubicación final.				Enero	Diciembre	lider de proceso	Mensual
14	Control y seguimiento de los insumos y dispositivos médicos entregados	Se busca realizar un control cada 3 meses de manera manual a través del método de confrontación y verificación física de los elementos entregados a las diferentes dependencias en cada una de las UBAS, con el fin de mantener y garantizar la calidad, la conservación, el cuidado y el uso adecuado de los insumos y dispositivos médicos para que de esta forma podamos brindar una excelente prestación de servicio en la institución, y dar una adecuada rotación.				Enero	Diciembre	lider de proceso	trimestral
15	elaborar el inventario de existencia en el area de almacén	Los inventarios se realizan cada cuatro (4) meses con la presencia de control interno y revisoría fiscal en donde se revisan cantidades físicas contra cantidades existentes en el sistema de inventario dejando evidencia en físico y en el sistema (software institucional) de igual manera se hará llegar una copia de este inventario en físico al nivel central (contabilidad) para de esta manera comparar saldos.				abril	Diciembre	lider de proceso	cada 4 meses
16	realizar liquidación de contratos junto con el área de contratación	realizar la liquidación de contrato de insumos junto con el área de contratación, esto en busca de poder estar al día con el área de presupuesto y de esta forma poder agilizar el proceso de contratación				enero	Diciembre	lider de proceso	trimestral
17	Disposición final de insumos y dispositivos médicos	Realizar control de fechas de vencimiento de los insumos, se busca con esto dar un manejo adecuado teniendo como punto de partida los elementos con fecha de vencimiento corta, a los cuales se le hará un una entrega y distribución más rápida con ánimo de no tener en el stop algún elemento vencido, dado el caso de no poder utilizar el elemento se procederá a realizar el cambio con los proveedores.				enero	Diciembre	lider de proceso	mensual

EVALUACION POA 2025:

Durante la vigencia 2025 se logró cumplir con el 100% de las actividades programadas por el área de gestión y administración de bienes. Las cuales fueron de vital importancia para el funcionamiento de la prestación de servicio de las diferentes áreas; con el desarrollo de dichas actividades hemos mejorado de manera considerable en tiempos de entrega de los pedidos a las diferentes áreas; esto gracias dar solución a la recepción de la solicitud de necesidades realizadas por cada líder de proceso en las fechas estipuladas, de igual manera fue importante el realizar de manera periódica el control de fechas de vencimiento de los diferentes elementos; ya que facilitó la rotación de los insumos, evitando de esta manera la pérdida por tiempo de caducidad, Se mejoró en la recepción de mercancía por parte de los proveedores gracias a la intervención de la subgerencia en este proceso se pudo evidenciar lo fundamental que fu la validación de los insumos y equipos adquiridos por la empresa con la pagina del invima lo cual garantizo que estos estuviese dentro del marco legal , esto trajo con sigo el agilizar el proceso de entrega de facturas a el área de contabilidad, mejorando el pago de proveedores. De igual manera la toma de inventario del área de almacén reflejo una mejoría en donde esto contribuyo a realizar el cierre del año de manera exitosa.

	E.S.E SAN SEBASTIAN		CODIGO	GPC-F0-82										
	LA PLATA- HUILA		VERSION	1										
	NIT. 813.002.872-4		F. APROBACION	2005										
	EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL		PAGINA	1 DE 1										
PROCESO	GESTION DE LA CALIDAD													
LÍDER	ANGELA PATRICIA MACIAS RODRIGUEZ													
PERIODO FISCAL	2025													
OBJETIVO GENERAL	Evaluar las actividades del proceso de calidad en cumplimiento del SOGCS en la vigencia 2025.													
OBJETIVOS ESPECIFICOS	Realizar la evaluación de las actividades programadas, que permitan consolidar cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud desarrollados en la institución, verificar la consolidación de la política de seguridad del paciente, realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento instaurados en los procesos producto de la autoevaluación del sistema único de habilitación, a la vez realizar verificación en la ejecución de las actividades definidas en el PAMEC de la vigencia y consolidación y análisis del sistema de información para la Calidad obtenido durante la vigencia.													
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
23.-Realizar supervision al diligenciamiento de las hojas de vida de los equipos	Lider de GCA	durante toda la vigencia	[Grid with orange shading for all days]											
24. - Realizar seguimiento a las quejas presentadas al proceso de atención al usuario y que tengan relación con la prestación del servicio.		Trimestral	[Grid with blue shading for 1st, 4th, and 7th of each month]											

	E.S.E SAN SEBASTIAN	CODIGO	GPC-F0-82
	LA PLATA- HUILA	VERSION	1
	NIT. 813.002.872-4	F. APROBACION	2005
	EVALUACIÓN DEL PLAN OPERATIVO ANUAL	PAGINA	1 DE 1

PROCESO **GESTION DE LA CALIDAD**

LÍDER **ANGELA PATRICIA MACIAS RODRIGUEZ**

PERIODO FISCAL **2025**


OBJETIVO GENERAL **Evaluar las actividades del proceso de calidad en cumplimiento del SOGCS en la vigencia 2025.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS Realizar la evaluación de las actividades programadas, que permitan consolidar cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud desarrollados en la institución, verificar la consolidación de la política de seguridad del paciente, realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento instaurados en los procesos producto de la autoevaluación del sistema único de habilitación, a la vez realizar verificación en la ejecución de las actividades definidas en el PAMEC de la vigencia y consolidación y análisis del sistema de información para la Calidad obtenido durante la vigencia.

Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Cuando	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
			25.- Realizar seguimiento a indicadores circular 256 y generar informes trimestrales a SSH	Coordinador GPC. Auditora Medica	Cada mes y cada trimestral	█				█				█																																				
26.- Gestionar y Analizar los eventos adversos y/o fallas de calidad reportados	Lider SP	Toda la vigencia	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█				
27.- Desarrollar el comité de Seguridad del Paciente	Lider SP	Trimestral																																																
28.- Desarrollar Rondas Educativas socializando el programa de Seguridad, Las prácticas seguras y la cultura del reporte de eventos adversos	Lider SP	Semestral																																																
23.- Realizar rondas de seguridad para verificar la aplicabilidad de las prácticas seguras	Lider SP y Lider GCA	Trimestral																																																
30.- Desarrollar actividades IEC con los pacientes para fomentar el autocuidado	Lider SP	Semestral																																																
31.- Realizar seguimiento a planes de mejoramiento derivados de la gestión y análisis de los eventos adversos	Lider SP	Toda la vigencia	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█				

RESULTADO FINAL DE LA VIGENCIA: El proceso de Calidad durante la vigencia 2025, cumplió satisfactoriamente con todas las actividades 31/31 que se plantearon para la vigencia, obteniendo un **100%** de cumplimiento. Se desarrolló actividades planteadas en planes de mejoramiento para cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud desarrollados en la institución (S.U Habilitación, Sistema de Información para la Calidad, PAMEC y Acreditación), aunque durante esta vigencia fue un poco lo que se trabajo en el sistema unico de Acreditación en Salud, siendo este un componente para priorizar en la proxima vigencia. Se realizó verificación y acompañamiento a la lider de seguridad del paciente en la consolidación de la política del programa de seguridad del paciente, fortalecimiento de practicas seguras por medio de rondas educativas y evaluativas y aplicación de listas de chequeo, entre otras actividades. Tambien durante la vigencia se realizó el seguimiento y cierre a planes de mejoramiento instaurados en los procesos producto de la autoevaluación del sistema unico de habilitación y auditorias internas de calidad. El desarrollo de las actividades del componente del S.U de Habilidadación y PAMEC con enfoque en S.U Acreditación, fueron las mas complejas de ejecutar por el bajo presupuesto institucional, ademas el tema de desplazamiento a las UBAS de Belén y Santa Leticia debido a inconvenientes de seguridad del equipo de calidad dificulto el seguimiento de las actividades y planes de mejoramiento instaurados. Por ultimo durante toda la vigencia trimestralmente se monitorearon los indicadores de calidad dela Resolución 256-16 y con el procesos que intervenian se implamentaron plan de mejoramiento para los indicadores que no alcanzaban la meta y se socializaba en los comites de Calidad para la toma de decisiones.

Responsable: **ANGELA PATRICIA MACIAS RODRIGUEZ - Profesional Universitaria area de la Salud- Líder de Calidad**

	E.S.E SAN SEBASTIAN														CODIGO	GPC-F0-82																																							
	LA PLATA- HUILA														VERSION	1																																							
	NIT. 813-007-872-4														F. APROBACION	2009																																							
	PLAN OPERATIVO ANUAL														PAGINA	1 de 1																																							
PROCESO	GESTION DE TALENTO HUMANO																																																						
LIDER	MIGUEL ANTONIO TEJADA																																																						
PERIODO FISCAL	2025																																																						
OBJETIVO GENERAL	Definir los lineamientos estratégicos del Talento Humano, medir la gestión del proceso, con el fin de fortalecer las competencias, capacidades, conocimientos y habilidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de los servidores públicos en los ciclos de la vida laboral, desde su ingreso, permanencia y retiro.																																																						
OBJETIVOS ESPECIFICOS	1. Cumplir con la planeación estratégica del Talento Humano establecida en MIPG. 2. Implementar y medir los procedimientos que permitan asegurar la calidad del proceso. 3. Organizar y cumplir con las tareas administrativas del proceso. 4. Gestionar de acuerdo a los lineamientos de GDO, la información que genera el proceso. 5. Realizar la gestión necesaria que permita el funcionamiento de los Comités relacionados con la Gestión del Talento Humano. 6. Participar en las reuniones del comité de bienestar social como secretario. 7. Apoyar el procedimiento de EDL. en lo de la competencia. Realizar el autodiagnostico de la GETH, para definir plan de acción de este componente del MIPG.															8.																																							
ALCANCE	Inicia con la determinación de planes, programas, proyectos y políticas para la ejecución de actividades en los diferentes ciclos de ingreso, permanencia y retiro de los servidores públicos de la ESE San Sebastián de La Plata y termina con la evaluación y seguimiento a la ejecución de dichas actividades																																																						
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Quando	ENERO		FEBRERO				MARZO					ABRIL					MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
Apoyar y aplicar los lineamientos definidos en el programa de Bienestar Social y conforme a las competencias.	Lider del proceso GTH	Constante	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Garantizar que los documentos que genere el proceso cumpla con los requisitos del programa de gestión documental y TRD.			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Realizar seguimiento a la implementación de las recomendaciones determinadas en el documento de clima laboral.	Lider del proceso GTH	Mes de Marzo- Octubre	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Realizar el autodiagnostico de la GETH, para consolidar plan operativo en los componentes que tienen calificación baja.		Mes Enero a Noviembre	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Apoyar a comisión de personal, como secretario y participar en las reuniones del Comité de Bienestar social según convocatoria.	Lider del proceso GTH	Cada vez que se requiera	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

EVALUACION FINAL DE LA VIGENCIA: El proceso de Gestión de Talento Humano, durante la vigencia 2025, cumplió satisfactoriamente con todas las actividades 24/24, obteniendo un 100% de cumplimiento. Se desarrollaron las actividades planeadas, por la dinámica del proceso hay actividades que son transversales y a las cuales se les dio de alguna manera prioridad en su realización y en la calidad de las acciones realizadas.

Se exigió el cumplimiento del Plan Institucional de Capacitación en el cual se plantearon y ejecutaron las actividades según requerimientos de cada líder de proceso, igualmente en lo pertinente respecto a esta temática y correspondiente al proceso de GTH, se priorizaron (4) actividades transversales, gracias a la alianza estratégica con el Escuela Superior de Administración Pública, se abordaron temáticas que tenían relación con: Gobernanza para la Paz. Contratación Pública y Supervisión de contratos- Valor Público-Etíca y transparencia.

Se logró retomar el componente de Código de Integridad, realizando actividades del Código; con el apoyo de estudiantes de la UNAD, del programa de Psicología.

Se realizó acompañamiento al procedimiento de EDL, logrando realizar esta actividad dentro de los términos establecidos. Se realizó el acompañamiento a todas las actividades programadas por el Comité de Bienestar Social, realizando funciones como secretario y sustentando las actividades con los respectivos informes de supervisión y consolidando las actas de cada reunión.

	E.S.E SAN SEBASTIAN												CODIGO	GPC-F0-82																																														
	LA PLATA- HUILA												VERSION	1																																														
	NIT. 813-007-872-4												F. APROBACION	2009																																														
	PLAN OPERATIVO ANUAL												PAGINA	1 de 1																																														
PROCESO	GESTION DE TALENTO HUMANO																																																											
LIDER	MIGUEL ANTONIO TEJADA																																																											
PERIODO FISCAL	2025																																																											
OBJETIVO GENERAL	Definir los lineamientos estratégicos del Talento Humano, medir la gestión del proceso, con el fin de fortalecer las competencias, capacidades, conocimientos y habilidades, así como el mejoramiento de la calidad de vida de los servidores públicos en los ciclos de la vida laboral, desde su ingreso, permanencia y retiro.																																																											
OBJETIVOS ESPECIFICOS	1. Cumplir con la planeación estratégica del Talento Humano establecida en MIPG. 2. Implementar y medir los procedimientos que permitan asegurar la calidad del proceso. 3. Organizar y cumplir con las tareas administrativas del proceso. 4. Gestionar de acuerdo a los lineamientos de GDO, la información que genera el proceso. 5. Realizar la gestión necesaria que permita el funcionamiento de los Comités relacionados con la Gestión del Talento Humano. 6. Participar en las reuniones del comité de bienestar social como secretario. 7. Apoyar el procedimiento de EDL. en lo de la competencia. Realizar el autodiagnostico de la GETH, para definir plan de acción de este componente del MIPG.																																																											
ALCANCE	Inicia con la determinación de planes, programas, proyectos y políticas para la ejecución de actividades en los diferentes ciclos de ingreso, permanencia y retiro de los servidores públicos de la ESE San Sebastián de La Plata y termina con la evaluación y seguimiento a la ejecución de dichas actividades																																																											
Accion. (Que)	Responsable (Quien)	Quando	ENERO		FEBRERO				MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE						
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Lider del proceso

Miguel A. Tejada