

		PLAN OPERATIVO 2026	
		URGENCIAS:Dra Laura Valentina Gómez Jaramillo Coordinadora Médica	
No.	LINEA ESTRATEGICA INDICADOR DE GESTIÓN OBJETIVO DEL PROCESO O HALLAZGO A IMPACTAR	PROBLEMA IDENTIFICADO Y/O CAUSA QUE LO GENERA	ACTIVIDAD
1	Gestión de la Calidad	Necesidad de cumplimiento a los comités institucionales y municipales	Preparación y Asistencia a Comité de vigilancia epidemiológica (institucional y municipal) Farmacovigilancia - Ética Médica, Urgencias, Historia clínicas, Farmacovigilancia, PROA, seguridad del paciente, Referencia y contrareferencia
2	Gestión de la Calidad	Medición, Análisis y Mejora. Requisito del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y MECI	Generación y Análisis de Indicadores
3	Gestión de la Calidad	Falta de programación y retroalimentación de los indicadores del servicio	Socialización mensual de Indicadores del proceso al personal asistencial de urgencias
4	Gestión de la Calidad	Componente MECI Direccionamiento Estratégico	Elaboración del Mapa de Riesgos del proceso para la vigencia 2026
5	Atención en salud	Requisito del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y MECI	Elaboración del Plan Operativo Anual (POA) para la vigencia 2026
6	Gestión de la Calidad	Requisito del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y MECI	Seguimiento del avance del Plan Operativo Anual (POA)
7	Gestión de la Calidad	Requisito del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y MECI	Seguimiento Mapa de Riesgos
8	Gestión de la Calidad	Errores, omisiones y falta de información en historias clínica	Verificación del correcto diligenciamiento de historias clínicas del personal (Auditoría de Calidad, Pertinencia y Adherencia)
9	Gestión de la Calidad	Errores, omisiones y falta de información en historias clínica	Retroalimentación mensual al personal médico de los hallazgos encontrados en la Auditoría de Historias Clínicas
10	Talento Humano	Actualización de guías de manejo clínico	Realizar, Actualizar y Socializar de manera mensual la revisión de una guía y/o protocolo de manejo clínico (capacitación virtual)
11	Gestión del Talento Humano	Garantizar el personal suficiente para prestar una atención adecuada de los servicios	Programación mensual de cuadros de turno incluyendo las vacaciones y novedades
12	Indicadores de Gestión	Tiempos de atención en urgencias mayores a los esperados según la Clasificación de TRIAGE	Autoevaluación trimestral de los TRIAGES amarillos, con retroalimentación a los médicos de urgencias sobre los hallazgos evidenciados (proceso de mejoramiento continuo)

13	Indicadores de Gestión	Tiempos de atención en urgencias mayores a los esperados según la Clasificación de TRIAGE	Auditoría concurrente para intervención en caliente de los picos de desviación del estandar de tiempo prometido de espera
14	Indicadores de Gestión	Elaboracion de informes mensuales a secretaría dptal de salud.	Informe trimestral (cumplimiento de metas) de los Menores de 5 Años, que Consultan a Urgencias por Causa Respiratoria (seguimiento telefónico)
15	Indicadores de Gestión	Elaboracion de informes mensuales a EAPB	Informe mensual (cumplimiento de metas) de las Reconsultas a Urgencias en Menos de 72 Horas
16	Sistemas de información	Elaboracion de informes mensuales a secretaría dptal de salud.	Retroalimentación desde los RIPS a la base de datos de SIVIGILA mediante Búsqueda Activa Institucional (BAI) con revision detallada de las historias clínicas
17	Indicadores de Gestión	Medición del nivel de satisfacción de los usuarios de Urgencias y Hospitalización	Análisis, respuesta oportuna de las PQR
18	Gestión financiera	Alto costo de los procesos relacionados con ayudas diagnósticas	Análisis trimestral de los paraclínicos tomados ordenados por urgencias (socialización de costos y pertinencia de los mismos)
19	Gestión financiera	Alto número de glosas generados por las diferentes EAPB	Análisis y respuesta de las glosas generadas por pertinencia médica
20	Sistemas de información	Alta rotación del personal médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización	Capacitación (inducción y reinducción) al personal nuevo par el manejo de CNT (manejo de historias clínicas)
21	Sistemas de información	Alta rotación del personal médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización	Capacitación (inducción y reinducción) al personal nuevo par el manejo de diligenciamiento de fichas de estadísticas vitales (RUAF) y eventos de interés en salud pública (SIVIGILA)
22	Atención en salud	Momentos críticos donde la capacidad resolutive de los médicos es superada por la demanda del servicio	Apoyo asistencial en el servicio de urgencias (código azul, urgencias vitales, picos de colapso en la atención y cobertura por ausencia inusitada de algún médico)
23	Gestión de la Calidad	Falencias en el diligenciamiento oportuno, completo y estandarizado de los anexos técnicos de referencia y contrareferencia, lo que afecta la trazabilidad del proceso	Realización y diligenciamiento de manera mensual, trimestral y semestral de los anexos técnicos de referencia y contrareferencia

24	Gestión de la Calidad	Falta de seguimiento sistemático y reporte oportuno de las remisiones con tiempos de espera prolongados	Seguimiento y reporte diario de las remisiones mayor a 12 horas de espera
	Gestión de la Calidad	Riesgo de incumplimiento de los lineamientos técnicos y normativos de las estrategias de salud pública debido a debilidades en la organización, disponibilidad y presentación oportuna del soporte documental durante las visitas de auditoría	Recibir, atender, y brindar soporte documental durante las visitas de auditoría estrategia PAREM, ETV, ZONOSIS, EDA IRA.
26	Gestión de la calidad	Seguridad del paciente	Generar análisis, intervención y seguimientos a incidentes y eventos adversos
27	Gestión del Sistema de Información	Requerimientos DANE	Cargar oportunamente los certificados de contingencia de nacido vivo y muerte natural al RUAF
28	Gestión del Sistema de Información	Requerimientos DANE	Revisar oportunamente el ingreso de los certificados de nacido vivo y muerte natural al RUAF
29	Gestión del Sistema de Información	Requerimientos DANE	Revisar la calidad del dato de los certificados de nacido vivo y muerte natural al RUAF y gestionar las correcciones que tengan lugar
30	Gestión del Sistema de Información	Requerimientos DANE	Realizar la correcciones que generen los hechos vitales

31	Gestión del Sistema de Información	Solicitud de otras entidades territoriales	Reporte oportuno de hechos vitales
----	------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------

INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DE LA ACTIVIDAD	META DE LA ACTIVIDAD	JUSTIFICACIÓN (SI LA REQUIERE)	COSTO ESTIMADO
Total de comités asistidos de acuerdo con las necesidades identificadas.	Total de comites asistidos/ Total comités programaods. X 100	100%		3,500,000
Análisis de proceso	Total Indicadores analizados / Total de indicadores del proceso. X 100	100%		6,900,000
Número de socializaciones realizadas (semestral)	Total de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas. X 100	100%		3,500,000
Mapa de riesgos	Mapa de riesgos establecido para la vigencia 2026	100%		3,500,000
Plan Operativo Anual de la Vigencia	Plan Operativo Anual	100%		3,500,000
Seguimiento al plan operativo anual	Total de seguimientos realizados / Total de seguimientos programados. x 100. (mayor a 3)	100%		3,500,000
Seguimiento mapa de riesgos	Número de seguimientos realizados / número de seguimientos programados. x 100	100%		3,500,000
Revisión aleatoria de manera periódica a historias clínicas	Total Historias Clínicas auditadas / Total de Historias Clínicas Programadas para auditoria mensual. X 100	100%		14,000,000
Socialización del análisis de historias clínicas	Total de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas. X 100	100%		3,500,000
Revisión y actualización de guías de manejo clínico	Total de guías de manejo revisadas y actualizadas/ Total de guías programadas. X100	100%		3,500,000
Cuadros de turno realizados	Total de cuadros de turno realizados/ Total de cuadros de turno programados. X 100	100%		3,500,000
Revisión y autoevaluación del cumplimiento de los tiempos esperados de atención en urgencias	Total de socializaciones realizadas/ Total de socializaciones programadas. X 100	100%		3,500,000

Revisión y autoevaluación del cumplimiento de los tiempos esperados de atención en urgencias	Cumplimiento porcentual, del Tiempo promedio para la atención del paciente atendido en urgencias, discriminado por triajes verdes y amarillos	100%		6,800,000
Cumplimiento con actividades solicitadas por Programa IRA de la secretaría dptal de salud	Total de informes presentados/ Total de informes solicitados. X 100	100%		2,000,000
Cumplimiento con las metas específicas de la 2193, frente a la tasa de reconsulta en urgencias	Total de informes presentados/ Total de informes solicitados. X 100	100%		3,000,000
Cumplimiento con análisis de búsqueda Activa institucional	Total de informes presentados/ Total de informes solicitados. X 100	100%		12,000,000
Análisis y respuesta oportuna de la PQR del servicio	Total de PQR gestionadas oportunamente / Total de PQR presentadas. X100	100%		3,500,000
Revisión aleatoria de manera periódica a historias clínicas	Total Historias Clínicas auditadas / Total de Historias Clínicas Programadas para auditoría mensual. X 100	100%		10,500,000
Análisis y respuesta a glosas médicas, presentadas por cuentas médicas	Total de glosas respondidas oportunamente / Total de glosas presentadas. X100	100%		3,500,000
Cumplimiento con las políticas de Calidad de la institución	Total de personal nuevo capacitado en CNT y Torresoft / Total de personal nuevo en el servicio de urgencias. X 100	100%		3,500,000
Cumplimiento con las políticas de Calidad de la institución	Total de personal nuevo capacitado en RUAF - SIVIGILA / Total de personal nuevo en el servicio de urgencias. X 100	100%		3,500,000
Apoyo técnico-científico prestado en el servicio de urgencias por eventos inusitados	Total de eventos realizados / Total de eventos solicitados x 100	100%		6,900,000
Porcentajes de anexos técnicos de referencia y contrareferencia diligenciados correctamente y dentro de los tiempos establecidos	Numero de anexos técnicos de referencia y contrareferencia diligenciados correctamente / numero total de anexos técnicos requeridos x 100	100%		9,000,000

Porcentaje de remisiones mayor a 12 horas con seguimiento y reporte diario realizado	Numero de remisiones >12horas con seguimiento y reporte diario / Número total de remisiones >12horas x 100	100%		4,000,000
Porcentaje de visitas de auditoria de las estrategias de salud publica atendidas con soporte documental completo y oportuno	Numero de visitas de auditoria atendidas con soporte documental completo/Numero total de visitas de auditoria programadas o realizadas x 100	100%		24,000,000
Análisis de incidentes y eventos adversos	Análisis de incidentes y eventos adversos	100%	Seguimiento aprox 2 horas semanales * 52 semanas	2,600,000
Revisar la plataforma del RUAF	Número de ingresos de certificados de contingencia en la plataforma de manera oportuna /Número de nacidos vivos y muertes naturales en el periodo * 100	100%	Seguimiento aprox 1 hora mensual * 12 meses	300,000
Revisar la plataforma del RUAF	Número de ingresos de certificados en la plataforma de manera oportuna /Número de nacidos vivos y muertes naturales en el periodo * 100	100%	Seguimiento aprox 1 hora mensual * 12 meses	300,000
Revisar la plataforma del RUAF	Número de ingresos de certificados en la plataforma que requieran algún tipo de corrección/Número de certificados corregidos * 100	100%	Seguimiento aprox 1 hora mensual * 12 meses	600,000
Reporte de solicitudes	Número de reportes realizados/el Número de reportes solicitados * 100	100%	Seguimiento aprox 1 hora mensual * 12 meses	600,000

Reporte de solicitudes	de reportes realizados de manera oportuna /3 reporte requeridos en el trimestre * 100	100%	Seguimiento aprox 1 hora mensual * 12 meses	300,000
------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------------------------------------	---------

PROGRAMACIÓN						
1 TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	3 TRIMESTRE	4 TRIMESTRE	RESPONSABLE	FECHA	% AVANCE
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico y jefes del proceso		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
100.0%				Coordinador médico		
100.0%				Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		

[illegible]

25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico y jefes del proceso		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		

25%	25%	25%	25%	Coordinador médico		
-----	-----	-----	-----	--------------------	--	--

Avance periodo:	0%
Avance total:	0%

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSÉ
BELÉN DE UMBRÍA, RISARALDA**

[illegible]

[illegible]

[illegible]

--	--	--	--	--	--

Avance periodo:

0%
0%

Avance total:

[illegible]

[illegible]

--	--	--	--	--	--

Avance periodo:	0%
Avance total:	0%

[illegible]

[illegible]

[illegible]

--	--	--	--	--	--

Avance periodo:	0%
Avance total:	0%

[illegible]



Cumplimiento total: 0%