

		PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL					FECHA	Elaboración: Febrero 2.024							
		Segundo seguimiento 2026 (Abril, Mayo, Junio)						Aprobación: Febrero 2.024							
								Actualización: Febrero 2.026							
Vigencia Plan de Acción		Año 2026													
POLITICA DE MEJORAMIENTO CONTINUO		La E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán como prestadora de servicios de salud de alta complejidad está comprometida con el mejoramiento continuo de la calidad en la gestión de sus procesos, brindando servicios de salud seguros, oportunos e integrales, que satisfagan las expectativas y contribuyan con el bienestar físico, mental y social de los usuarios la comunidad, los clientes internos y demás partes interesadas, para ello contamos con personal idóneo y comprometido con disposición de tecnología y uso adecuado de los recursos, cumpliendo con los estándares y requerimientos aplicados													
Responsable		ROBINSON SARMIENTO GARCÍA				Gerente									
		PLAN ACCION VIGENCIA 2026													
OBJETIVO ESTRATÉGICOS OBJETIVOS DE CALIDAD	PERSPECTIVA	PROGRAMA	ACTIVIDADES	INDICADOR	CODIGO	META ANUAL	Responsables Institucionales	RECURSOS		MEDICION Trimestre	2do	EVIDENCIA	CUMPLE		
OFRECER A CADA UNO LOS ACTORES DE NUESTRO ENTORNO, LA MAYOR SATISFACCIÓN, SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD EN LA PRESTACIÓN DE NUESTROS SERVICIOS DE SALUD	ENTORNO	ATENCIÓN SEGURA EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	Fortalecer las estrategias de oferta institucional bajo medio comunicación, donde se garantice la difusión de la información del portafolio del servicios, la calidad de la prestación, humanización y la accesibilidad de los servicios de salud para la población objeto del sur del departamento de Santander	Total de estrategias de comunicación ejecutadas / Total de estrategias de comunicación programadas	228	Lograr la difusión masiva de las actividades que desarrolla la ESE en materia de la calidad en la prestación de los servicios	Medios Gerencia	Equipos audiovisuales	Oficinas ESE	50%		https://www.facebook.com/hospitalManuelaBeltranSocorro/ https://www.instagram.com/hospitalmanuelabeltran/ https://www.youtube.com/channel/UCv0awDxa1_3QLCFSNT6Q	SI		
			Realizar espacios participativos y de inclusión a los diferentes gremios del municipio, con el fin de dar a conocer los avances en materia del cumplimiento del plan de gestión y desarrollo institucional	Rendición de cuentas	230	Dar a conocer la gestión realizada por la Gerencia y su equipo de trabajo en la rendición de cuentas y el impacto en la región	Medios Gerencia	Equipos audiovisuales	Auditorio	100%	https://www.hospitalmanuelabeltran.gov.co/newsletter/indicacion.php	SI			
			Diseñar un programa de responsabilidad social empresarial teniendo en cuenta el nuevo direccionamiento estrategico hacia la sostenibilidad y servicio	Realizar divulgación del programa de responsabilidad social a los gremios del Municipio, Entidad territorial y Departamental de salud	236	Lograr impactar a las ESEs de atención primaria de la provincia comuerna	Medios Gerencia	Equipos audiovisuales	Oficinas ESE	50%	https://www.hospitalmanuelabeltran.gov.co/newsletter/planes.php	SI			
PRESTAR SERVICIOS CON CALIDAD PARA MINIMIZAR LOS ERRORES MEDICOS Y EVENTOS ADVERSOS, GARANTIZANDO UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, SATISFACCIÓN DEL USUARIO Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	CLIENTE	ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGURA	Fortalecer el Plan de capacitaciones y sesiones breves en los programas de vigilancia de la ESE -Farmacovigilancia -Tecnovigilancia -Seguridad del Paciente -Infecciones	Total de colaboradores en las diferentes areas asistenciales que presentan adherencia a las practicas seguras en los programas de vigilancia / Total de colaboradores evaluados	237	Lograr que los colaboradores de los distintos servicios especializados adopten y garanticen la adherencia en un 95% el manejo de todas las practicas seguras en seguridad del paciente	Responsables de pogramas de vigilancia (Calidad)	Equipos audiovisuales	Oficinas ESE	50%		Soporte de las capacitaciones realizadas en el trimestre en cuando a Política de Seguridad del Paciente y 14 buenas prácticas seguras (incluye prevención de infección, administración segura de medicamentos, gestión y reporte de eventos adversos, entre otras), de acuerdo con el cronograma establecido para el trimestre.	SI		
			Fortalecer los analisis causal en el comité de Historias Clinicas liderado por los coordinadores de las areas asistenciales.	Nro de historias clinicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación / Total historias clinicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia objeto de evaluación	239	Garantizar el cumplimiento de adherencia de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en un 90%	Coordinadores medicos de area (Medico de Calidad)	Equipos audiovisuales	Areas asistenciales	50%	Comité de historias clinicas, lista de chequeo	SI			
			Garantizar la continuidad y tratamiento de los pacientes con Dx definido que requieren manejo constante con el especialista correspondiente	Nro de ptes atendidos por especialistas con Dx definido(Hipertensión y diabetes) / Nro de ptes con un Dx definido(Hipertensión y diabetes) que requieran la continuidad del manejo con especialista	242	Mejoramiento continuo en la prestación de servicio de ptes con Dx definido (Hipertensión y diabetes) Mejora en la asignación de citas a ptes con tto definido de manejo de especialista	Estadística	Equipos audiovisuales	Areas asistenciales	Hipertensión esencial 15,3 % Diabetes mellitus 21,0%	Dinamica Gerencial	SI			
IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA, BASADO EN LAS MEJORES PRACTICAS SEGURAS PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS POR LA ALTA DIRECCIÓN ENCAMINADOS HACIA LA EXCELENCIA INSTITUCIONAL.	PROCESOS	ENFOQUE HACIA LA ACREDITACIÓN	Definir los procesos institucionales con el enfoque hacia la Acreditación de acuerdo a los estándares de autoevaluación del Ministerio de Salud y Protección Social	Alta Ejecución en la Ejecución del PAMEC	207	Enfocar los esfuerzos de todos los líderes de proceso hacia la Acreditación de acuerdo a las calificaciones propuestas por el Icontec	Lider de Calidad Líderes de Proceso Gerencia	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		PAMEC	SI		
			(Número de acciones de mejora cumplidas / Número de acciones de mejora programadas)	Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación		Lider de Calidad Líderes de Proceso Gerencia	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		Seguimiento al PAMEC	NO			
			Monitorear con líderes de proceso los analisis y reportar oportunamente el informe de los indicadores de producción correspondientes al Decreto 2193 de 2004	Reportes trimestrales Decreto 2193/04 en plataforma web	244		Lider de Calidad Líderes de Proceso Gerencia	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		Alimentación pagina web	SI		
			Analizar y realizar oportunamente el informe de los indicadores de calidad correspondientes a la Resolución 256 de 2016 con su respectivo analisis para la toma de decisión	Reportes trimestrales Resolución 256/16 en plataforma web - PISIS	245	Dar cumplimiento con los reportes del Sistema de Información para la Calidad SIC solicitados por los Entes de Control	Lider de Calidad Líderes de Proceso Gerencia	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		Alimentación pagina web	SI		
			Articular en el comité de gerencia los responsables en realizar y reportar oportunamente el informe correspondientes a la Circular Única de la SNS	Reportes Circular Única en plataforma web	246		Lider de Calidad Líderes de Proceso Gerencia	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		Alimentación pagina web	SI		

IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LOGRAR MEJORAR LA EFICIENCIA EN EL RECAUDO DE LOS RECURSOS POR VENTA DE SERVICIOS. GARANTIZANDO LA UNIDAD DE VALOR (ADMISION-FACTURACION-RADICACION-CARTERA-RECAUDO)	FINANCIERO	GESTIÓN DE VENTA Y RECAUDO	Aumentar el portafolio de servicios para tratamiento de Especialista y sub especialista que se requiere como entidad de tercer nivel	Total Servicios de especialisas y sub especialistas ofertados / Número de servicios demandados de tercer nivel (unidad de medida Proceso Referencia y contra referencia)		Garantizar la prestación del servicio requerida para la referencia de tercer nivel	Líder de calidad	Equipos de computo	Oficinas ESE	N/A	N/A	N/A
			Realizar convenios con las aseguradoras y clientes potenciales que garanticen la eficiencia en el recaudo frente a la venta	Total recaudo por venta de servicios / Total reconocido por venta de servicios	286	Aumentar el recaudo por venta de servicios superior al 60%	Cartera	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		SI PARTICIPACION MESAS SOLICITUD PAGO MINIMO FACTURACION RADICADA SOLICITUD IDENTIFICACION DE PAGOS INCUMPLIMIENTO PAGO MINIMO GIRO DIRECTO REPORTE GIRO DIRECTO ENTIDADES DE CONTROL SOLICITUD PAGO, CARTERA, ERP INTERVENIDA CAPACITACIONES CIRCULAR 014 AÑO 2026 RADICACION
			Facturar el servicio en el mes correspondiente	$\frac{\text{Numero de egresos cerrados / total de facturas emitidas}}{\text{Numero de facturas radicadas / Total de facturas emitidas}}$	257 258	Garantizar la efectividad de la facturación del servicio prestado en el mes correspondiente	Facturación	Equipos de computo	Oficinas ESE	50% 50%		SI Reportes consolidados del sistema de facturación DG Base de datos RIPS generados y validados Relación mensual de conciliación de radicación con el área de cartera Registros de radicación (física o electrónica) con acuse de recibido de las EAPE Informes mensuales de producción y facturación comité de cartera y facturación
			Realizar conciliaciones y saneamiento de cartera vencida con los distintos acreedores	Total del valor de cartera reconocida / Total de valor de cartera por conciliar y sanear	287	Saneamient y depuración de cartera garantizando la veracidad de los estados financieros de la ESE	Cartera	Equipos de computo	Oficinas ESE	50%		SI ACTAS CITAS DE CONCILIACION ESTADO DE CARTERA, CONCILICION
			Realizar Acuerdos de pago, conciliaciones, con las diferentes Entidades Responsables de Pago sobre la cartera vencida	Valor total recaudado de cartera vencida / Total de cartera reconocida	288	Garantizar el recaudo de la cartera vencida generando indicador de liquidez favorable	Cartera	Equipos de computo	Oficinas ESE	40%		SI PARTICIPACION MESAS SOLICITUD PAGO MINIMO FACTURACION RADICADA SOLICITUD IDENTIFICACION DE PAGOS INCUMPLIMIENTO PAGO MINIMO GIRO DIRECTO REPORTE GIRO DIRECTO ENTIDADES DE CONTROL SOLICITUD PAGO, CARTERA, ERP INTERVENIDA SOLICITUD PAGO, CARTERA, ERP INTERVENIDA CAPACITACIONES CIRCULAR 014 AÑO 2026 RADICACION
IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA MANTENER PROFESIONALES DE LA SALUD ALTAMENTE CAPACITADOS Y COMPROMETIDOS CON LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN, FOMENTANDO UNA CULTURA DE APRENDIZAJE CONTINUO Y COMPETITIVOS CON UN CLIMA LABORAL POSITIVO.	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO CAPACITADO Y SEGURO	Implementar el Plan Institucional de Capacitación (PIC), fortaleciendo los conocimientos, las competencias y las habilidades de los colaboradores independiente de su tipo de vinculación	(No. De Capacitaciones ejecutadas / No. De Capacitaciones planeadas en el PIC)*100	20	Implementar 90% del Plan Institucional de Capacitación (PIC)	Líder talento humano Empresas Tercerizadas	Vídeo Bean PC	Sala de Juntas	50%		SI Cromograma de cumplimiento al PIC 2026
			Fortalecer la cultura del autocuidado en el personal de la institución a través de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	(Número de actividades realizadas de Autocuidado / Número total de actividades programadas de Autocuidado en el SG-SST) *100	251	Implementar los subsistemas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la institución de acuerdo a la normativa vigente	Líder de SG-SST Empresas Tercerizadas	Vídeo Bean PC	Sala de Juntas	50%		SI Indicadores de gestión, socialización al comité de gestión y desempeño, indicadores correspondiente a la vigencia 2025 y socialización del plan de trabajo anual 2026
			Verificar que las universidades con que se tienen convenios docencia servicio, cuenten con planes de trabajo que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa	Número de metas cumplidas en los planes de trabajo anual de las IES / Total de metas planeadas en los planes de trabajo anual de las IES)*100	252	Cumplir con las actividades planeadas en los planes de trabajo de los Convenios con IES en cada vigencia	Docencia - Servicio	PC Tecnología biomédica	Áreas asistenciales	50%		SI Capacitaciones, turnos, rotaciones, comités de seguimiento
REDUCIR EL IMPACTO AMBIENTAL DE LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DE LA GESTIÓN EFICIENTE DE RESIDUOS, EL AHORRO DE ENERGÍA Y LA ADOPCIÓN DE TECNOLOGÍAS LIMPIAS.	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	AMBIENTE SOSTENIBLE	Mantener la certificación ambiental en Hospital Verde	Certificación de Hospital Verde	253	Continuar con la certificación Ambiental en Hospitales Verdes	Líder responsable área ambiental	PC	Oficinas y áreas asistenciales	100%		SI Certificado de renovación Miembro de Hospitales Verdes
			Implementar estrategias de gestión ambiental y uso sostenible de recursos	Campañas realizadas	255	Desarrollar campaña de uso eficiente de recursos en la ESE HRMB (Compras verdes, agua, energía, gestión de residuos) (Campaña que incluye estrategia, plan de capacitaciones, sensibilización, informe de reducción, impacto en la sostenibilidad)	Líder responsable área ambiental Gerencia	PC	Oficinas y áreas asistenciales	50%		SI Capacitaciones, lista de asistencias, evidencia fotográfica
REALIZAR MONITOREO DE LA CALIDAD DEL AGUA POTABLE QUE INGRESA Y SE DISTRIBUYE EN LA INSTITUCIÓN, CON EL FIN DE GARANTIZAR LOS ESTÁNDARES SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	AMBIENTE SOSTENIBLE	Evaluar los parámetros físico-químicos del agua potable, que se distribuye en la institución, según el cronograma establecido, con el fin de garantizar que sea apta para consumo humano y procedimientos asistenciales	$\frac{\text{Monitoreos Realizados}}{\text{Monitoreos Programados}} *100$	259	Cumplir con el 100% del cronograma anual de monitoreo de calidad del agua potable y Garantizar que el 95% de los parámetros se encuentren dentro del rango permitido	Líder de Gestión Ambiental	PC, Equipo de monitoreo	Oficinas y áreas asistenciales	100%		SI Hoja de Cálculo correspondiente con los datos de dichos muestreos, formatos de toma de datos, informes presentados a la oficina de Gestión del Mejoramiento y Control Interno, Evidencia Fotográfica
				$\frac{\text{Numero de parametros conformes}}{\text{Numero total de parametros evaluados}} *100$	260					50%		SI

REALIZAR FUMIGACIÓN EN TODAS LAS AREAS DEL HOSPITAL, INCLUIDA SEDE ADMINISTRATIVA, NODOS HATO Y PALMAS DEL SOCORRO, CON EL FIN DE GARANTIZAR AMBIENTES SEGUROS Y SALUDABLES, PARA NUESTROS USUARIOS, VISITANTES Y FUNCIONARIOS.	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	AMBIENTE SOSTENIBLE	Realizar el acompañamiento a la empresa prestadora del servicio de fumigación de manera trimestral, con el respectivo refuerzo un mes despues de realizada dicha actividad, con el fin de prevenir y controlar la presencia de plagas y vectores, garantizando condiciones sanitarias adecuadas .	Numero de fumigaciones realizadas Numero total de fumigaciones programadas ×100	261	Cumplir con el 100% del cronograma anual de fumigaciones.	Lider de Gestion Ambiental	PC	Oficinas y areas asistenciales	100%	Evidencia fotografica, informe trimestral presentado a la subdirección administrativa	SI
REALIZAR EL LAVADO Y DESINFECCION DE LOS TANQUES SUBTERRANEOS DE LA INSTITUCIÓN, GARANTIZANDO CODICIONES HIGIENICO-SANTARIAS Y CALIDAD DEL AGUA POTABLE, EN LA ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN	RESPONSABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL	AMBIENTE SOSTENIBLE	Realizar el acompañamiento a la empresa prestadora del servicio de lavado de tanques, dicha actividad se realiza de manera semestral, asegurando el cumplimiento de la normatividad vigente	Numero de lavado de tanques realizados Numero total de lavado de tanques programados ×100	262	Cumplir con el 100% del cronograma anual de lavado de tanques	Lider de Gestión Ambiental	PC	Oficinas y areas asistenciales	100%	Evidencia Fotografica, informe semestral presentado a subdirección administrativa	SI

