
 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 1

## Tabla de contenido

<b>PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E. 2025</b> .....	2
INTRODUCCIÓN .....	2
LINEA ESTRATÉGICA Nº 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN .....	2
LINEA ESTRATÉGICA Nº 2: RENDICIÓN DE CUENTAS.....	3
LINEA ESTRATÉGICA Nº 3: ATENCIÓN AL CIUDADANO .....	5
LINEA ESTRATÉGICA Nº 4: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES .....	6
LINEA ESTRATÉGICA Nº 5: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO .....	7
LINEA ESTRATÉGICA Nº 6: OPTIMIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
LINEA ESTRATÉGICA Nº 7: FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL .....	8
LINEA ESTRATÉGICA Nº 8: DESARROLLO SOSTENIBLE Y GESTIÓN AMBIENTAL .....	10
LINEA ESTRATÉGICA Nº 9: Seguridad del Paciente y Calidad en la Atención .....	11
LINEA ESTRATÉGICA Nº 10: INNOVACIÓN Y FORTALECIMIENTO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	12
LINEA ESTRATÉGICA Nº 11: FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA .....	14
LINEA ESTRATÉGICA Nº 12: GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y DESASTRES.....	15
LINEA ESTRATÉGICA Nº 13: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS .....	17
LINEA ESTRATÉGICA Nº 14: Fortalecimiento de la Comunicación Institucional .....	18
LINEA ESTRATÉGICA Nº 15: INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL AL USUARIO .....	20
LINEA ESTRATÉGICA Nº 16: INTEGRACIÓN DE LA POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL.....	21
LINEA ESTRATÉGICA Nº 17: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.....	22
LINEA ESTRATÉGICA Nº 18: INNOVACIÓN EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO .....	23

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 2

## PLAN DE ACCIÓN PARA EL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E. 2025

### INTRODUCCIÓN

El presente **Plan de Acción 2025** del **Hospital Departamental Felipe Suárez ESE** establece las directrices estratégicas y operativas para la gestión institucional durante la vigencia del año 2025. Su objetivo es fortalecer la eficiencia y calidad de los servicios de salud, garantizando la transparencia en la administración, el uso óptimo de los recursos y el cumplimiento de los lineamientos normativos aplicables al sector.

En un contexto de **desafíos constantes en el sistema de salud pública**, el hospital adopta una planificación basada en **líneas estratégicas clave** que abarcan la **gestión del riesgo de corrupción, rendición de cuentas, atención al ciudadano, innovación tecnológica, seguridad del paciente, sostenibilidad financiera, fortalecimiento del talento humano**, entre otras. Cada línea estratégica se desarrolla a través de objetivos claros, actividades definidas, metas medibles e indicadores de seguimiento que permiten evaluar su impacto y efectividad.

Este documento es el resultado de un esfuerzo colaborativo entre las diferentes áreas del hospital, asegurando una visión integral y coordinada para alcanzar mejoras sustanciales en la prestación de servicios de salud a la comunidad de **Salamina, Caldas**, y sus municipios aledaños. Se espera que la ejecución del presente Plan de Acción contribuya al fortalecimiento institucional, la modernización de procesos, el incremento de la confianza ciudadana y el mejoramiento continuo en la calidad de la atención.

Finalmente, este plan está alineado con el **Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)** y otras normativas vigentes del sector salud, reafirmando el compromiso del hospital con la **eficiencia, la innovación y el bienestar de sus usuarios**.


### LINEA ESTRATÉGICA Nº 1: GESTIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN

#### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Gestión del Riesgo de Corrupción
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina Asesora de Control Interno
- **Responsable del Plan:** Jhon Fredy Arias
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Control Interno
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

#### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Prevenir y mitigar los riesgos de corrupción mediante la implementación de estrategias y controles efectivos, garantizando la transparencia en la gestión institucional.
- **Objetivos Específicos:**
  1. Identificar y valorar los riesgos de corrupción presentes en los procesos institucionales.
  2. Diseñar estrategias de mitigación y control basadas en las mejores prácticas.
  3. Garantizar la actualización y divulgación del mapa de riesgos de corrupción.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 3

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de Medida	Responsable	Recursos Necesarios	Fuente de Financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Socializar y divulgar la política de gestión del riesgo	1 política socializada	Políticas divulgadas / Total de políticas	Porcentaje (%)	Jefe de Control Interno	Material didáctico, presupuesto	Recursos propios	Enero-Febrero	Revisión de actas de socialización
2	Identificar los riesgos de corrupción	Matriz de riesgos elaborada	Matrices elaboradas / Total esperadas	Cantidad (#)	Oficina de Control Interno	Tiempo del personal	Recursos propios	Marzo	Informe mensual de avances
3	Valorar los riesgos de corrupción	100% de los riesgos identificados valorados	Riesgos valorados / Total riesgos	Porcentaje (%)	Oficina de Control Interno	Software de análisis, capacitaciones	Recursos propios	Abril	Validación documental
4	Publicar el mapa de riesgos actualizado	Mapa de riesgos publicado	Mapas publicados / Total esperados	Cantidad (#)	Oficina de Planeación	Recursos TIC	Recursos propios	Mayo	Registro en página web
5	Realizar seguimiento y revisión periódica del mapa de riesgos	3 informes de seguimiento	Informes emitidos / Total programados	Cantidad (#)	Oficina de Control Interno	Análisis de datos	Recursos propios	Abril, Agosto, Diciembre	Informe trimestral

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de participación de los responsables de procesos.
  2. Retrasos en la socialización de la política.
  3. Desactualización del mapa de riesgos.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Implementar capacitaciones previas para sensibilizar a los responsables.
  2. Establecer cronogramas claros y asignar responsables específicos.
  3. Programar revisiones trimestrales para mantener la vigencia del mapa.


## ANEXOS

1. Documento soporte de la política de gestión del riesgo.
2. Matriz de definición y valoración de riesgos.
3. Actas y evidencias de las socializaciones realizadas.
4. Registro de publicaciones en la página web.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 2: RENDICIÓN DE CUENTAS

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Rendición de Cuentas
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Planeación
- **Responsable del Plan:** Leidy Johana Parra
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Planeación
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 4

## OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Promover la transparencia en la gestión institucional mediante la rendición de cuentas clara, oportuna y participativa.
- **Objetivos Específicos:**
  1. Fortalecer los mecanismos de comunicación con los grupos de interés.
  2. Implementar herramientas que garanticen la participación activa de la comunidad.
  3. Asegurar la publicación y socialización de los informes de gestión institucional.

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL


#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de Medida	Responsable	Recursos Necesarios	Fuente de Financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar la estrategia de rendición de cuentas	Estrategia diseñada y socializada	Estrategias diseñadas / Total esperadas	Cantidad (#)	Jefe de Planeación	Materiales didácticos, presupuesto	Recursos propios	Febrero	Informe de validación
2	Publicar el informe de gestión de la vigencia anterior	Informe publicado	Informes publicados / Total esperados	Cantidad (#)	Oficina de Comunicaciones	Recursos TIC	Recursos propios	Marzo	Revisión de página web
3	Realizar la audiencia pública de rendición de cuentas	1 audiencia realizada	Audiencias realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Jefe de Planeación	Logística de eventos	Recursos propios	Abril	Actas y evidencias
4	Diseñar e implementar encuestas de satisfacción para evaluar la audiencia	Encuestas diseñadas y aplicadas	Encuestas realizadas / Total esperadas	Porcentaje (%)	Oficina de Comunicaciones	Herramientas digitales	Recursos propios	Mayo	Informe de resultados
5	Publicar el resultado de la evaluación en la página web	100% de resultados publicados	Resultados publicados / Total esperados	Porcentaje (%)	Jefe de Planeación	Recursos TIC	Recursos propios	Junio	Registro de publicaciones

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Baja participación de la comunidad en las actividades programadas.
  2. Retrasos en la publicación de los informes.
  3. Falta de recursos para garantizar la logística de las actividades.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Diseñar campañas de comunicación efectivas para motivar la participación.
  2. Establecer cronogramas claros y realizar seguimiento constante.
  3. Priorizar recursos en el presupuesto anual para actividades clave.

## ANEXOS

1. Documento soporte de la estrategia de rendición de cuentas.
2. Actas de la audiencia pública.
3. Encuestas aplicadas y resultados.
4. Publicaciones realizadas en la página web.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 5

### LINEA ESTRATÉGICA N° 3: ATENCIÓN AL CIUDADANO

#### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Atención al Ciudadano
- **Nombre del Área/Dependencia:** Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)
- **Responsable del Plan:** Luis Eduardo Ríos
- **Cargo del Responsable:** Coordinador del SIAU
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

#### OBJETIVOS DEL PROCESO


- **Objetivo General:** Garantizar una atención integral y oportuna a los usuarios del hospital mediante canales de comunicación efectivos y seguimiento adecuado a las solicitudes, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones (PQRSF).
- **Objetivos específicos:**
  1. Fortalecer los canales atención de presencial y virtual.
  2. Optimizar los tiempos de respuesta a las solicitudes de los usuarios.
  3. Implementar un sistema de seguimiento para evaluar la calidad del servicio.

#### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un protocolo actualizado para la recepción y trámite de PQRSF	Protocolo diseñado y aprobado	Protocolo aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Documentación, tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Febrero	revisión documental trimestral
2	Implementar un sistema digital para la recepción y seguimiento de PQRSF	Sistema implementado y operativo	Sistema operativo / Sistema proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Software, infraestructura TIC	Recursos propios	Marzo-Junio	Informe trimestral sobre el uso
3	Capacitar al personal encargado en el manejo del sistema de atención	100% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Presupuesto para capacitación	Recursos propios	Junio-Agosto	Informe de desempeño post-capacitación
4	Realizar encuestas mensuales de satisfacción a los usuarios sobre la atención recibida	12 encuestas analizadas	Encuestas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador del SIAU	Herramientas digitales para encuestas.	Recursos propios	Mensual	Informe mensual de resultados
5	Diseñar un tablero de control para visualizar indicadores clave del servicio	Tablero diseñado y operativo	Indicadores visualizados / Indicadores proyectados	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Software de visualización, capacitación	Recursos propios	Septiembre-Octubre	Informe trimestral del tablero de control

#### EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Baja participación de los usuarios en encuestas de satisfacción.
  2. Saturación de los canales de atención.
  3. Falta de recursos tecnológicos para implementar el sistema digital.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 6

- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**

1. Diseñar estrategias de comunicación atractivas para incentivar la participación en encuestas.
2. Ampliar recursos humanos y tecnológicos para manejar el volumen de solicitudes.
3. Gestionar con antelación la adquisición de recursos tecnológicos necesarios.

## ANEXOS

1. Protocolo actualizado de atención al ciudadano.
2. Registro de PQRSF recibidas y gestionadas.
3. Resultados de encuestas de satisfacción.
4. Evidencias de capacitaciones realizadas.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 4: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO


- **Nombre del proceso:** Racionalización de Trámites
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Calidad
- **Responsable del Plan:** Daniela Vásquez
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de Calidad
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Optimizar los trámites administrativos en el hospital para garantizar su accesibilidad, simplicidad y transparencia.
- **Objetivos Específicos:**
  1. Identificar y analizar los trámites existentes para su simplificación.
  2. Implementar herramientas tecnológicas que faciliten los trámites para los usuarios.
  3. Publicar información clara y detallada sobre los trámites disponibles.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de Medida	Responsable	Recursos Necesarios	Fuente de Financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Identificar los trámites existentes	Listado completo de trámites identificados	Trámites identificados / Total trámites	Cantidad (#)	Coordinadora de Calidad	Tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Febrero	Informe de avance mensual
2	Diseñar y publicar las hojas de vida de los trámites en el SUII II	Hojas de vida diseñadas y publicadas	Hojas publicadas / Total esperadas	Porcentaje (%)	Coordinadora de Calidad	Software de gestión	Recursos propios	Marzo-Abril	Registro en plataforma SUII II
3	Capacitar al personal en el uso de las herramientas digitales	100% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Calidad	Presupuesto para capacitación	Recursos propios	Mayo-Junio	Informe de desempeño post-capacitación
4	Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios sobre los trámites	2 encuestas analizadas al año	Encuestas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinadora de Calidad	Herramientas digitales para encuestas	Recursos propios	Junio-Diciembre	Informe semestral de resultados
5	Divulgar información clara sobre los trámites en la página web y redes sociales	Publicación realizada	Publicaciones realizadas / Total esperadas	Porcentaje (%)	Oficina de Comunicaciones	Recursos TIC	Recursos propios	Septiembre	Registro de publicaciones

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 7

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de actualización de los trámites en las plataformas.
  2. Baja participación del personal en capacitaciones.
  3. Dificultades técnicas en la implementación de herramientas digitales.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Establecer un cronograma para la actualización constante de los trámites.
  2. Diseñar incentivos para la participación en capacitaciones.
  3. Asegurar soporte técnico durante el proceso de implementación tecnológica.

## ANEXOS

1. Listado de trámites identificados.
2. Hojas de vida de trámites publicadas en SUIT II.
3. Resultados de encuestas de satisfacción.
4. Evidencias de capacitaciones realizadas.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 5: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO


### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Fortalecimiento del Talento Humano
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Talento Humano
- **Responsable del Plan:** María Aleyda Gómez
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Talento Humano
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Desarrollar e implementar estrategias que fortalezcan las competencias, bienestar y motivación del talento humano, asegurando una gestión eficiente y una mejora continua en la prestación de servicios.
- **Objetivos específicos:**
  1. Diseñar e implementar programas de capacitación y formación continua para el personal.
  2. Fomentar el bienestar laboral a través de actividades que promueven la salud física y mental.
  3. Implementar herramientas tecnológicas para optimizar los procesos de gestión del talento humano.



 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 8

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un Plan Institucional de Capacitación (PIC) para el año 2025	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total planos proyectados	Porcentaje (%)	Jefe de Talento Humano	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Enero-Febrero	Revisión del plan
2	Ejecutar actividades de capacitación según el PIC	90% de las actividades ejecutadas	Actividades realizadas / Total de actividades	Porcentaje (%)	Jefe de Talento Humano	Recursos financieros y logísticos	Recursos propios	Marzo-Diciembre	Informe trimestral de avances
3	Implementar un programa de bienestar laboral que incluya pausas activas y jornadas de salud	3 actividades de bienestar realizadas al año	Actividades realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador de Bienestar	Espacios, materiales y personales.	Recursos propios	Abril, Julio, Octubre	Informe post actividad
4	Adquirir e implementar un software para la gestión del talento humano	Software operativo al 100%	Software implementado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura TIC, capacitación	Recursos propios	Mayo-septiembre	Auditoría semestral del uso
5	Diseñar un protocolo de evaluación de desempeño para el personal.	Protocolo diseñado y aprobado	Protocolo aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Jefe de Talento Humano	Documentación, consultores externos	Recursos propios	Junio-Agosto	Validación del protocolo

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de interés o participación en las actividades de capacitación y bienestar.
  2. Retrasos en la implementación del software por problemas técnicos.
  3. Dificultades para obtener el presupuesto necesario para las actividades programadas.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de las actividades para el personal.
  2. Establecer cronogramas claros y coordinar con proveedores tecnológicos para evitar retrasos.
  3. Priorizar las actividades dentro del presupuesto anual del hospital.

## ANEXOS


1. Plan Institucional de Capacitación 2025.
2. Informe de actividades de bienestar realizadas.
3. Registro de implementación del software de gestión.
4. Documento del protocolo de evaluación de desempeño aprobado.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 6: FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y CONTROL SOCIAL

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Participación Ciudadana y Control Social
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Planeación y Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)
- **Responsable del Plan:** Luis Eduardo Ríos y Leidy Johana Parra
- **Cargo del Responsable:** Coordinador del SIAU y Jefe de Planeación
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025



	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 9

## OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Fomentar la participación activa de los ciudadanos y usuarios en los procesos de control social del hospital, garantizando la transparencia y el acceso a la información.
- **Objetivos específicos:**
  1. Establecer espacios de diálogo y retroalimentación con la comunidad usuaria.
  2. Promover el uso de herramientas digitales para la participación ciudadana.
  3. Fortalecer la rendición de cuentas en los niveles comunitarios.

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL


#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Realizar reuniones bimensuales con asociaciones de usuarios y líderes comunitarios	6 reuniones realizadas al año	Reuniones realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador del SIAU	Espacios, materiales de trabajo	Recursos propios	Bimensual	Actas de reuniones
2	Diseñar un plan de comunicación para divulgar procesos de control social.	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Jefe de Planeación	Recursos TIC, tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de validación
3	Implementar un módulo en la página web para sugerencias y control ciudadano	Módulo implementado y operativo	Módulo operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura TIC	Recursos propios	Abril-Junio	Registro de uso del módulo
4	Realizar encuestas semestrales sobre satisfacción ciudadana en el control social	2 encuestas realizadas y analizadas	Encuestas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador del SIAU	Herramientas digitales para encuestas.	Recursos propios	Junio-Diciembre	Informe semestral de resultados
5	Diseñar y publicar un informe anual sobre las actividades de participación ciudadana.	Informe publicado	Informes publicados / Total esperados	Cantidad (#)	Jefe de Planeación	Materiales gráficos y digitales	Recursos propios	Noviembre	Registro de publicaciones

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Baja participación de los usuarios en las reuniones y encuestas.
  2. Dificultades técnicas en la implementación del módulo digital.
  3. Retrasos en la ejecución de actividades por falta de recursos.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Implementar estrategias de convocatorias inclusivas y accesibles para las reuniones y encuestas.
  2. Realizar pruebas piloto antes de la implementación total del módulo.
  3. Garantizar la asignación de recursos en el presupuesto anual del hospital.

## ANEXOS

1. Actas de reuniones con asociaciones de usuarios.
2. Plan de comunicación aprobado.
3. Evidencias de implementación del módulo en la página web.
4. Resultados de encuestas de satisfacción ciudadana.
5. Informe anual de actividades de participación ciudadana.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 10

## LINEA ESTRATÉGICA N° 7: DESARROLLO SOSTENIBLE Y GESTIÓN AMBIENTAL

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Gestión Ambiental y Desarrollo Sostenible
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Planeación y Gestión Ambiental
- **Responsable del Plan:** María del Pilar Hernández y Leidy Johana Parra
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de Gestión Ambiental
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO


- **Objetivo General:** Promover la sostenibilidad ambiental en todas las operaciones del hospital, implementando políticas y prácticas que reduzcan el impacto ambiental y fomenten el uso eficiente de los recursos.
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar programas de gestión de residuos sólidos hospitalarios.
  2. Reducir el consumo de energía y agua mediante estrategias de eficiencia.
  3. Promover la educación ambiental entre el personal y los usuarios del hospital.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios (PGIRSH)	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Gestión Ambiental	Consultores , tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Marzo	Revisión del plan
2	Implementar puntos ecológicos para la segregación de residuos	100% de los puntos establecidos	Puntos instalados / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Gestión Ambiental	Materiales, logística de instalación	Recursos propios	Abril-Junio	Auditoría de cumplimiento
3	Ejecutar campañas de ahorro de agua y energía entre el personal	Reducir el consumo en un 10% respecto al año anterior	Consumo reducido / Consumo inicial	Porcentaje (%)	Coordinadora de Gestión Ambiental	Material gráfico, capacitaciones.	Recursos propios	Mayo-septiembre	Informe de consumo
4	Realizar jornadas de educación ambiental para el personal y usuarios.	3 jornadas realizadas al año	Jornadas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinadora de Gestión Ambiental	Espacios, materiales didácticos.	Recursos propios	Marzo, Julio, Octubre	Evaluación post jornada
5	Diseñar e implementar un sistema de monitoreo ambiental	Sistema operativo al 100%	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura TIC	Recursos propios	Agosto-Diciembre	Informe trimestral de funcionamiento

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de compromiso del personal en la segregación de residuos y prácticas de ahorro.
  2. Retrasos en la instalación de puntos ecológicos por problemas logísticos.
  3. Insuficiencia de recursos para ejecutar las actividades programadas.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Sensibilizar al personal mediante campañas de concienciación sobre la importancia del proceso.
  2. Contratar proveedores confiables para asegurar la instalación en tiempo y forma.
  3. Priorizar las actividades dentro del presupuesto anual del hospital.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 11

## ANEXOS

1. Documento del PGIRSH aprobado.
2. Registro fotográfico de los puntos ecológicos instalados.
3. Resultados de las campañas de ahorro de recursos.
4. Evidencias de las jornadas de educación ambiental.
5. Informe de monitoreo ambiental.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 8: Seguridad del Paciente y Calidad en la Atención

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO


- **Nombre del proceso:** Seguridad del Paciente y Calidad en la Atención
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Calidad y Dirección Médica
- **Responsable del Plan:** Daniela Vásquez
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de Calidad y Director Médico
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Garantizar la seguridad de los pacientes y mejorar la calidad de la atención a través de la implementación de estándares, protocolos y prácticas seguras en todos los servicios del hospital.
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar y socializar protocolos de seguridad del paciente.
  2. Establecer indicadores de calidad para monitorear y evaluar la atención.
  3. Fomentar una cultura institucional orientada a la seguridad y calidad en la atención.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar y socializar un protocolo actualizado de seguridad del paciente.	Protocolo diseñado y socializado.	Protocolos socializados / Total proyectados	Porcentaje (%)	Coordinadora de Calidad	Material didáctico, tiempo del personal.	Recursos propios	Enero-Marzo	Revisión documental
2	Establecer un sistema de reporte y análisis de eventos adversos	Sistema implementado y operativo	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Dirección Médica	Software, capacitación	Recursos propios	Marzo-Junio	Informe trimestral de uso
3	Realizar auditorías mensuales sobre el cumplimiento de los protocolos de seguridad.	12 auditorías realizadas al año	Auditorías realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinadora de Calidad	Tiempo del personal, herramientas de análisis	Recursos propios	Mensual	Informes mensuales de auditoría
4	Diseñar e implementar un programa de formación en seguridad del paciente para el personal	100% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Calidad	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Abril-Octubre	Evaluaciones post-capacitación
5	Establecer un sistema de indicadores clave de calidad.	10 indicadores implementados	Indicadores implementados / Total proyectados	Cantidad (#)	Dirección Médica	Herramientas de monitoreo	Recursos propios	Mayo-Noviembre	Informes trimestrales de calidad

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 12

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de adherencia del personal a los protocolos establecidos.
  2. Retrasos en la implementación del sistema de reporte de eventos adversos.
  3. Dificultad en la recopilación de datos para los indicadores de calidad.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Implementar talleres de sensibilización sobre la importancia de los protocolos.
  2. Realizar pruebas piloto y ajustes antes de la implementación total del sistema.
  3. Diseñar un plan de recolección de datos con responsables específicos por área.

## ANEXOS

1. Protocolo de seguridad del paciente actualizado.
2. Informes de eventos adversos y análisis realizados.
3. Registro de auditorías mensuales realizadas.
4. Evidencias de formación en seguridad del paciente.
5. Indicadores clave de calidad y sus resultados.


## LINEA ESTRATÉGICA Nº 9: INNOVACIÓN Y FORTALECIMIENTO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Innovación y Fortalecimiento en la Gestión Administrativa
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Planeación y Dirección Administrativa
- **Responsable del Plan:** Leidy Johana Parra y Wilson Didier Carmona
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Planeación y Director Administrativo
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Mejorar los procesos administrativos mediante la implementación de estrategias de innovación y optimización que contribuyan a una gestión más eficiente y orientada a resultados.
- **Objetivos específicos:**
  1. Optimizar los procesos administrativos mediante la automatización y digitalización.
  2. Implementar mecanismos de evaluación de desempeño administrativo.
  3. Fomentar una cultura de innovación y mejora continua en las áreas administrativas.

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 13

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar y socializar un protocolo para la digitalización de documentos administrativos.	Protocolo diseñado y socializado.	Protocolos socializados / Total proyectados	Porcentaje (%)	Jefe de Planeación	Materiales didácticos, tiempo del personal.	Recursos propios	Enero-Marzo	Revisión del protocolo
2	Implementar un software de gestión documental	Sistema implementado y operativo	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura TIC, capacitación	Recursos propios	Abril-Julio	Auditoria del sistema implementado
3	Realizar auditorías trimestrales para evaluar la eficiencia administrativa	4 auditorías realizadas	Auditorías realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Dirección Administrativa	Tiempo del personal, herramientas de análisis	Recursos propios	Trimestral	Informes trimestrales de auditoría.
4	Establecer un sistema de indicadores de gestión administrativa.	10 indicadores implementados	Indicadores implementados / Total proyectados	Cantidad (#)	Jefe de Planeación	Herramientas de monitoreo	Recursos propios	Mayo- Noviembre	Informes trimestrales
5	Capacitar al personal en estrategias de innovación y mejora continua	90% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Dirección Administrativa	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Junio- Diciembre	Evaluaciones post-capacitación

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**


1. Resistencia al cambio por parte del personal administrativo.
2. Retrasos en la implementación del software de gestión documental.
3. Dificultades para establecer indicadores que reflejen de manera precisa la gestión administrativa.

- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**

1. Realizar talleres de sensibilización para promover una cultura de cambio e innovación.
2. Asegurar la capacitación y acompañamiento continuo durante la implementación del software.
3. Involucrar a líderes de áreas administrativas en la definición de indicadores relevantes.

## ANEXOS

1. Protocolo de digitalización de documentos administrativos.
2. Registro de implementación del software de gestión documental.
3. Resultados de auditorías trimestrales.
4. Lista de indicadores de gestión administrativa y sus resultados.
5. Evidencias de capacitaciones realizadas en innovación y mejora continua.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 14

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 10: FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Fortalecimiento de la Infraestructura Hospitalaria
- **Nombre del Área/Dependencia:** Dirección de Infraestructura y Mantenimiento
- **Responsable del Plan:** Alonso Escudero
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Infraestructura y Mantenimiento
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO


- **Objetivo General:** Mejorar las condiciones físicas de la infraestructura hospitalaria para garantizar un entorno seguro, funcional y adecuado para la prestación de servicios de salud de calidad.
- **Objetivos específicos:**
  1. Ejecutar proyectos de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones hospitalarias.
  2. Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente en infraestructura hospitalaria.
  3. Optimizar los espacios físicos mediante diseños funcionales y sostenibles.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Realizar un diagnóstico integral de las necesidades de infraestructura hospitalaria.	Diagnóstico completado	Diagnóstico realizado / Total esperado	Porcentaje (%)	Jefe de Infraestructura	Tiempo del personal, consultores externos	Recursos propios	Enero-Febrero	Informe de diagnóstico
2	Ejecutar un plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo	100% del plan ejecutado	Actividades realizadas / Total programadas	Porcentaje (%)	Jefe de Infraestructura	Recursos financieros y logísticos	Recursos propios	Marzo-Diciembre	Informes trimestrales de avances
3	Diseñar y ejecutar proyectos de adecuación arquitectónica en áreas críticas	2 proyectos completados al año	Proyectos completados / Total programados	Cantidad (#)	Jefe de Infraestructura	Materiales, personal técnico	Recursos propios	Abril-Noviembre	Auditorias trimestrales
4	Implementar sistemas de ahorro energético en la infraestructura hospitalaria	Reducir el consumo energético en un 15%	Consumo reducido / Consumo inicial	Porcentaje (%)	Coordinador de mantenimiento	Sistemas de eficiencia energética	Recursos propios	Mayo-Diciembre	Informe de consumos energéticos
5	Garantizar la adecuación y señalización de las áreas hospitalarias	100% de las áreas adecuadas y señalizadas	Áreas señalizadas / Áreas totales	Porcentaje (%)	Jefe de Infraestructura	Material de señalización, tiempo del personal	Recursos propios	Junio-Septiembre	Auditorias mensuales

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Retrasos en la ejecución de las obras debido a problemas logísticos o presupuestarios.
  2. Falta de cumplimiento de normatividad por errores en los diseños arquitectónicos.
  3. Resistencia al cambio en la redistribución de espacios físicos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 15

- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**

1. Elaborar cronogramas detallados con responsables específicos y realizar seguimiento continuo.
2. Contar con el apoyo de consultores especializados en normatividad de infraestructura hospitalaria.
3. Socializar los proyectos con los usuarios y el personal afectado antes de su ejecución.

#### ANEXOS

1. Informe del diagnóstico integral de infraestructura.
2. Plan anual de mantenimiento preventivo y correctivo.
3. Planos y documentación de los proyectos de adecuación arquitectónica.
4. Resultados de las auditorías de cumplimiento normativo.
5. Registro de consumos energéticos y comparación con periodos anteriores.

### LINEA ESTRATÉGICA Nº 11: GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y DESASTRES


#### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Gestión Integral de Riesgos y Desastres
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Dirección de Gestión de Riesgos
- **Responsable del Plan:** María del Pilar Hernández
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de SST y Directora de Gestión de Riesgos
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

#### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Fortalecer la capacidad de respuesta del hospital ante emergencias y desastres mediante la implementación de estrategias integrales de prevención, mitigación y atención oportuna.
- **Objetivos específicos:**
  1. Identificar y evaluar los riesgos asociados a emergencias y desastres en el hospital.
  2. Diseñar e implementar planes de contingencia y protocolos de respuesta ante emergencias.
  3. Capacitar al personal en gestión de riesgos y simulacros de emergencia.



 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 16

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL


#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Realizar un diagnóstico de los riesgos asociados a emergencias en el hospital.	Diagnóstico completado	Diagnóstico realizado / Total esperado	Porcentaje (%)	Director de Gestión de Riesgos	Tiempo del personal, consultores externos	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de diagnóstico
2	Diseñar e implementar un plan de contingencia actualizado	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de SST	Materiales, tiempo del personal	Recursos propios	Febrero-mayo	Revisión documental
3	Ejecutar simulacros semestrales de emergencia	2 simulacros realizados	Simulacros realizados / Total programados	Cantidad (#)	Director de Gestión de Riesgos	Espacios, logística de simulacros	Recursos propios	Junio-Diciembre	Informes post-simulacro
4	Capacitar al personal en gestión de riesgos y respuesta ante desastres	90% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinadora de SST	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Abril-Septiembre	Evaluaciones post-capacitación
5	Implementar un sistema de monitoreo y alerta temprana para emergencias	Sistema operativo al 100%	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Director de Gestión de Riesgos	Infraestructura a TIC	Recursos propios	Julio-Diciembre	Auditoria trimestral del sistema

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Falta de compromiso del personal para participar en simulacros y capacitaciones.
  2. Problemas técnicos durante la implementación del sistema de monitoreo y alerta.
  3. Retrasos en la actualización del plan de contingencia.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Implementar estrategias de sensibilización sobre la importancia de la participación activa.
  2. Garantizar soporte técnico continuo para la implementación del sistema.
  3. Establecer cronogramas claros y responsables específicos para cada actividad.

## ANEXOS

1. Informe del diagnóstico de riesgos.
2. Plan de contingencia aprobado y actualizado.
3. Registro de simulacros realizados.
4. Evidencias de las capacitaciones realizadas.
5. Informe de implementación del sistema de monitoreo y alerta temprana.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 17

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 12: SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO


- **Nombre del proceso:** Sostenibilidad Financiera y Optimización de Recursos
- **Nombre del Área/Dependencia:** Dirección Financiera y Sistemas
- **Responsable del Plan:** Nilson Hurtado y Cristian Camilo ríos
- **Cargo del Responsable:** Director Financiero y Sistemas
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Garantizar la sostenibilidad financiera del hospital mediante estrategias efectivas de optimización de recursos, generación de ingresos y control de gastos.
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar medidas para la racionalización del gasto operativo.
  2. Diseñar estrategias para la diversificación y aumento de ingresos.
  3. Mejorar los procesos de gestión presupuestal y financiera.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un plan de racionalización de gastos operativos	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Director Financiero	Consultores, tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Marzo	Revisión del plan
2	Identificar nuevas fuentes de ingresos mediante alianzas y convenios	3 nuevas fuentes identificadas	Fuentes identificadas / Total esperadas	Cantidad (#)	Director Financiero	Tiempo del personal, recursos logísticos	Recursos propios	Abril-Junio	Informes trimestrales de avances
3	Implementar un sistema de seguimiento financiero automatizado	Sistema operativo al 100%	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura a TIC	Recursos propios	Mayo-septiembre	Auditorias mensuales
4	Capacitar al personal administrativo en gestión presupuestal y control financiero	90% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Dirección Financiera	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Junio-Noviembre	Evaluaciones post-capacitación
5	Elaborar informes trimestrales sobre el estado financiero del hospital	4 informes elaborados y socializados	Informes elaborados / Total programados	Cantidad (#)	Director Financiero	Tiempo del personal, herramientas de análisis.	Recursos propios	Trimestral	Registro de informes

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 18

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Dificultades para identificar y concretar nuevas fuentes de ingresos.
  2. Retrasos en la implementación del sistema automatizado de seguimiento financiero.
  3. Resistencia del personal a adoptar medidas de control financiero más estrictas.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Establecer mesas de trabajo con aliados estratégicos para concretar convenios.
  2. Garantizar soporte técnico continuo para la implementación del sistema financiero.
  3. Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de las nuevas medidas.

## ANEXOS

1. Plan de racionalización de gastos aprobado.
2. Registro de nuevas fuentes de ingresos y convenios realizados.
3. Evidencias de implementación del sistema financiero automatizado.
4. Informes trimestrales de gestión financiera.
5. Resultados de capacitaciones realizadas al personal administrativo.


### LINEA ESTRATÉGICA N° 13: Fortalecimiento de la Comunicación Institucional

#### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Comunicación Institucional
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Comunicaciones
- **Responsable del Plan:** Daniela Vásquez
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de Comunicaciones
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

#### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Mejorar los canales y estrategias de comunicación interna y externa para garantizar la transparencia, el acceso a la información y una interacción efectiva con los diferentes grupos de interés.
- **Objetivos específicos:**
  1. Optimizar los canales de comunicación interna para mejorar la difusión de información entre áreas.
  2. Fortalecer la comunicación externa para garantizar el acceso a la información pública.
  3. Diseñar e implementar campañas que promuevan la imagen institucional y los valores corporativos.

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 19

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un plan de comunicación interna para la socialización de información clave	Plan diseñado y aprobado	Plan aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Comunicaciones	Materiales gráficos y digitales	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de validación
2	Implementar un boletín institucional mensual	12 boletines publicados	Boletines publicados / Total programados	Cantidad (#)	Coordinadora de Comunicaciones	Herramientas digitales	Recursos propios	Mensual	Registro de publicaciones
3	Actualizar y dinamizar el contenido de la página web y redes sociales institucionales	Incrementar la interacción en un 20%	Interacciones incrementadas / Total esperadas	Porcentaje (%)	Coordinadora de Comunicaciones	Herramientas TIC, tiempo del personal	Recursos propios	Abril-Diciembre	Análisis trimestral de métricas
4	Realizar talleres para mejorar la comunicación efectiva entre áreas.	3 talleres realizados al año	Talleres realizados / Total programados	Cantidad (#)	Coordinadora de Comunicaciones	Espacios, materiales didácticos.	Recursos propios	Junio, Agosto, Octubre	Evaluaciones post-taller
5	Diseñar campañas externas sobre transparencia y acceso a la información pública.	2 campañas realizadas	Campañas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinadora de Comunicaciones	Materiales gráficos y audiovisuales	Recursos propios	Junio-Noviembre	Resultados de la campaña

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**


1. Baja participación del personal en los talleres de comunicación interna.
2. Limitado alcance de las publicaciones en los canales digitales externos.
3. Dificultad para mantener la periodicidad de los boletines institucionales.

- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**

1. Incentivar la participación del personal mediante reconocimientos por asistencia.
2. Diseñar estrategias de marketing digital para mejorar el alcance de las publicaciones.
3. Establecer un cronograma claro y asignar responsables específicos para los boletines.

## ANEXOS

1. Plan de comunicación interna aprobado.
2. Ejemplares de boletines institucionales publicados.
3. Registro de interacciones en redes sociales y página web.
4. Evidencias de los talleres realizados.
5. Materiales de las campañas sobre transparencia y acceso a la información.

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 20

## LINEA ESTRATÉGICA N° 14: INNOVACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL AL USUARIO

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Innovación en Servicios de Salud y Atención Integral al Usuario
- **Nombre del Área/Dependencia:** Dirección Médica y SIAU
- **Responsable del Plan:** Daniela Vásquez y Luis Eduardo Ríos
- **Cargo del Responsable:** Director Médico y Coordinador del SIAU
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO


- **Objetivo General:** Transformar la experiencia del usuario en los servicios de salud mediante la implementación de soluciones innovadoras y un enfoque integral en la atención.
- **Objetivos específicos:**
  1. Diseñar e implementar modelos innovadores de atención que mejoren la calidad del servicio.
  2. Incrementar la satisfacción del usuario mediante el fortalecimiento de los canales de interacción.
  3. Promover el uso de tecnologías para optimizar los procesos de atención al paciente.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un modelo de atención centrado en el usuario.	Modelo diseñado y socializado.	Modelo aprobado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Director Médico	Materiales, tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de validación
2	Implementar un sistema de agendamiento en línea para las citas médicas	Sistema operativo al 100%	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Infraestructura TIC	Recursos propios	Abril-Junio	Auditorias mensuales
3	Capacitar al personal en técnicas de atención centrada en el usuario.	90% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinador del SIAU	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Mayo-septiembre	Evaluaciones post-capacitación
4	Realizar encuestas trimestrales de satisfacción al usuario	4 encuestas analizadas	Encuestas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador del SIAU	Herramientas digitales para encuestas.	Recursos propios	Trimestral	Informes trimestrales de resultados
5	Diseñar y ejecutar una estrategia de telemedicina para zonas rurales	Estrategia implementada y operativa	Estrategia operativa / Total proyectado	Porcentaje (%)	Director Médico	Equipos, conectividad, capacitación	Recursos propios	Junio-Diciembre	Auditorias semestrales

### EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Baja adopción del sistema de agendamiento en línea por parte de los usuarios.
  2. Dificultades técnicas en la implementación de telemedicina en zonas rurales.
  3. Resistencia del personal a adoptar nuevos modelos de atención.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Promover el sistema de agendamiento mediante campañas informativas y talleres de uso.
  2. Garantizar conectividad y soporte técnico en las zonas rurales antes de la implementación.
  3. Realizar talleres de sensibilización para involucrar al personal en los nuevos modelos.

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 21

## ANEXOS

1. Documento del modelo de atención centrado en el usuario.
2. Registro de implementación del sistema de agendamiento en línea.
3. Resultados de encuestas de satisfacción al usuario.
4. Estrategia de telemedicina documentada y evidencia de implementación.
5. Registro de capacitaciones realizadas al personal.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 15: INTEGRACIÓN DE LA POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EN EL HOSPITAL

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO


- **Nombre del proceso:** Política de Responsabilidad Social
- **Nombre del Área/Dependencia:** Dirección de Planeación
- **Responsable del Plan:** Leidy Johana Parra
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Planeación
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Implementar y fortalecer la política de responsabilidad social del hospital, promoviendo prácticas sostenibles y acciones que impacten positivamente en la comunidad.
- **Objetivos específicos:**
  1. Desarrollar programas de impacto social orientados a mejorar la calidad de vida de los usuarios y la comunidad.
  2. Fomentar alianzas estratégicas con actores clave para potenciar los programas sociales.
  3. Promover una cultura organizacional basada en los valores de sostenibilidad y responsabilidad social.

### PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar e implementar una política institucional de responsabilidad social	Política diseñada y aprobada	Política aprobada / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Responsabilidad Social	Materiales, tiempo del personal	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de validación
2	Ejecutar programas comunitarios en salud preventiva y promoción	3 programas completados	Programas realizados / Total programados	Cantidad (#)	Coordinador de Responsabilidad Social	Recursos logísticos y humanos	Recursos propios	Marzo-Noviembre	Informes de resultados
3	Establecer alianzas estratégicas con actores locales e instituciones públicas y privadas.	5 alianzas establecidas	Alianzas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Jefe de Planeación	Tiempo del personal, recursos logísticos	Recursos propios	Abril-Octubre	Registro de alianzas firmadas
4	Diseñar campañas internas para sensibilizar al personal sobre responsabilidad social	2 campañas realizadas	Campañas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinador de Responsabilidad Social	Materiales didácticos y audiovisuales.	Recursos propios	Mayo-septiembre	Resultados de la campaña
5	Publicar un informe anual sobre las acciones de responsabilidad social del hospital	Informe publicado	Informes publicados / Total programados	Cantidad (#)	Coordinador de Responsabilidad Social	Herramientas digitales y gráficas	Recursos propios	Noviembre	Registro de publicación

 <p>HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E</p>	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 22

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Baja participación de la comunidad en los programas sociales.
  2. Dificultades para concretar alianzas estratégicas con actores clave.
  3. Resistencia del personal interno a las actividades de responsabilidad social.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Diseñar estrategias de difusión y convocatoria efectivas para los programas comunitarios.
  2. Realizar acercamientos previos con los actores clave para presentar los beneficios de las alianzas.
  3. Implementar talleres de sensibilización sobre la importancia de la responsabilidad social.

## ANEXOS

1. Documento de la política de responsabilidad social aprobado.
2. Registro de programas comunitarios realizados.
3. Actas y acuerdos de las alianzas estratégicas establecidas.
4. Materiales de las campañas internas de sensibilización.
5. Informe anual de responsabilidad social publicado.

## LINEA ESTRATÉGICA N° 16: FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL


### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Gestión Documental
- **Nombre del Área/Dependencia:** Archivo General y Oficina de Planeación
- **Responsable del Plan:** Jorge Hernán Murillo y Leidy Johana Parra
- **Cargo del Responsable:** Coordinadora de Archivo General y Jefe de Planeación
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

### OBJETIVOS DEL PROCESO

- **Objetivo General:** Garantizar la adecuada organización, conservación, acceso y disposición final de los documentos institucionales mediante un sistema de gestión documental eficiente y acorde con la normatividad vigente.
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar herramientas tecnológicas para la gestión documental.
  2. Garantizar el cumplimiento de las normas archivísticas aplicables al sector salud.
  3. Capacitar al personal en manejo, conservación y disposición documental.



 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 23

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un diagnóstico de la situación actual del sistema de gestión documental	Diagnóstico realizado y aprobado	Diagnóstico realizado / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Archivo General	Tiempo del personal, consultores externos	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de diagnóstico
2	Implementar un software especializado para la gestión documental.	Sistema implementado y operativo	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinador de Tecnología	Infraestructura TIC	Recursos propios	Abril-Julio	Auditorías mensuales
3	Digitalizar los documentos prioritarios del archivo histórico	80% de documentos digitalizados	Documentos digitalizados / Total proyectados	Porcentaje (%)	Coordinadora de Archivo General	Equipos de digitalización, personal técnico.	Recursos propios	Mayo-Diciembre	Informes trimestrales de avance
4	Diseñar e implementar un programa de capacitación sobre gestión documental	100% del personal capacitado	Personal capacitado / Total convocado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Archivo General	Materiales, consultores externos.	Recursos propios	Junio-Septiembre	Evaluaciones post-capacitación
5	Garantizar la correcta disposición final de documentos según la tabla de retención	100% de los documentos dispuestos adecuadamente	Documentos dispuestos / Total proyectados	Porcentaje (%)	Coordinadora de Archivo General	Tiempo del personal, logística	Recursos propios	Julio-Diciembre	Auditorías de cumplimiento

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**

1. Retrasos en la digitalización de documentos por falta de recursos.
2. Falta de personal capacitado para manejar el sistema de gestión documental.
3. Incumplimiento de las normativas archivísticas por errores en la disposición documental.

- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**

1. Priorizar la digitalización de documentos críticos y gestionar recursos adicionales si es necesario.
2. Garantizar capacitaciones periódicas para el personal encargado de la gestión documental.
3. Realizar auditorías regulares para verificar el cumplimiento de las normativas archivísticas.


## ANEXOS

1. Informe del diagnóstico de la situación actual del sistema de gestión documental.
2. Registro de implementación del software de gestión documental.
3. Informes de documentos digitalizados.
4. Materiales y listas de asistencia de las capacitaciones realizadas.
5. Actas de disposición final de documentos según la tabla de retención.

## LINEA ESTRATÉGICA Nº 17: INNOVACIÓN EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

### IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

- **Nombre del proceso:** Gestión del Talento Humano
- **Nombre del Área/Dependencia:** Oficina de Talento Humano
- **Responsable del Plan:** María Aleyda Gómez
- **Cargo del Responsable:** Jefe de Talento Humano
- **Fecha de Elaboración:** Enero 2025

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 24

## OBJETIVOS DEL PROCESO


- **Objetivo General:** Fortalecer la gestión del talento humano mediante estrategias innovadoras que impulsan el desarrollo profesional, el bienestar laboral y la productividad del equipo.
- **Objetivos específicos:**
  1. Implementar programas de capacitación y desarrollo de competencias para el personal.
  2. Fomentar el bienestar laboral y reducir los riesgos psicosociales.
  3. Mejorar los sistemas de evaluación y retroalimentación del desempeño laboral.

## PLAN DE ACCIÓN ANUAL

#	Actividad	Meta	Indicador	Unidad de medida	Responsable	Recursos necesarios	Fuente de financiación	Cronograma (Meses)	Seguimiento
1	Diseñar un programa anual de capacitación y desarrollo de competencias	Programa diseñado y aprobado	Programas aprobados / Total proyectados	Porcentaje (%)	Jefe de Talento Humano	Consultores, materiales de capacitación	Recursos propios	Enero-Marzo	Informe de aprobación del programa
2	Implementar un sistema de evaluación y retroalimentación basado en competencias	Sistema implementado y operativo	Sistema operativo / Total proyectado	Porcentaje (%)	Coordinadora de Talento Humano	Software, tiempo personal	Recursos propios	Abril-Julio	Auditorias mensuales
3	Ejecutar actividades de bienestar laboral enfocadas en la prevención de riesgos psicosociales	3 actividades realizadas al año	Actividades realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Coordinadora de Talento Humano	Logística, personal interno	Recursos propios	Junio-Octubre	Informes de actividades realizadas
4	Diseñar una estrategia de incentivos para reconocer el desempeño destacado	Estrategia diseñada e implementada	Estrategias implementadas / Total proyectadas	Porcentaje (%)	Jefe de Talento Humano	Recursos financieros y materiales	Recursos propios	Mayo-septiembre	Registro de entregas
5	Realizar encuestas semestrales sobre clima y satisfacción laboral.	2 encuestas analizadas	Encuestas realizadas / Total programadas	Cantidad (#)	Jefe de Talento Humano	Herramientas digitales para encuestas.	Recursos propios	Junio-Diciembre	Informe semestral de resultados

## EVALUACIÓN DE RIESGOS

- **Identificación de Riesgos Potenciales:**
  1. Resistencia del personal a participar en actividades de capacitación y bienestar.
  2. Falta de recursos para implementar incentivos y actividades de bienestar.
  3. Retrasos en la implementación del sistema de evaluación por problemas técnicos.
- **Estrategias para Mitigar Riesgos:**
  1. Socializar los beneficios de las actividades con el personal y fomentar la participación.
  2. Gestionar recursos adicionales o priorizar actividades clave dentro del presupuesto.
  3. Garantizar soporte técnico y pruebas previas al lanzamiento del sistema de evaluación.

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 25

## ANEXOS

1. Documento del programa de capacitación aprobado.
2. Registro de implementación del sistema de evaluación y retroalimentación.
3. Evidencias de las actividades de bienestar laboral realizadas.
4. Estrategia de incentivos diseñada y resultados obtenidos.
5. Resultados de las encuestas de clima y satisfacción laboral.

## Aprobación y publicación

El Comité Institucional de Gestión y Desempeño los planes de acción por líneas estratégicas. En virtud de lo anterior y una vez adoptado mediante acto administrativo expedido por el gerente de la Institución se deberá proceder a la publicación del mismo en la página web, con la finalidad de dar a conocer y socializarlo con los funcionarios, aunado al hecho de que se dará acceso e información a la ciudadanía.

El Hospital Departamental Felipe Suarez E.S.E. de Salamina-Caldas, deberá actualizar los planes de acción por líneas estratégicas - una vez se cumplan los tiempos de articulación del mismo o cuando las circunstancias lo exijan o cuando en la modificación de funciones requiera, lo anterior siguiendo las instancias de aprobación y publicación.

---

WILSON DIDIER CARMONA DUQUE

Gerente

## Nota aclaratoria sobre documentos publicados en internet

Los documentos institucionales del Hospital Departamental Felipe Suárez ESE publicados en la página web y otros medios digitales son de carácter informativo. Se aclara que los documentos originales son aquellos que llevan la firma del Gerente de la entidad, en cumplimiento de la normatividad vigente sobre gestión documental y validez jurídica de los documentos públicos.

## ★ Normatividad Aplicable:

Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos de Colombia)

Artículo 7: Los documentos de archivo deben ser auténticos, íntegros y fidedignos, asegurando su conservación y disponibilidad en las entidades públicas.

Ley 527 de 1999 (Ley sobre Comercio Electrónico y Firma Digital)

Artículo 6: Un mensaje de datos (documento digital) tiene valor probatorio, pero su autenticidad debe estar garantizada con mecanismos adecuados de validación.

Decreto 1080 de 2015 (Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura)


Título 4: Obliga a las entidades públicas a garantizar la autenticidad y conservación de los documentos administrativos.

Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo)

Dirección: calle 3 N 9 A -21. Salamina Caldas. Teléfonos 8595192-8595196 Telefax 8595306

Página Web: <http://www.esfelipesuarez.gov.co>

Email: [correspondencia@esfelipesuarez.gov.co](mailto:correspondencia@esfelipesuarez.gov.co)

 HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	HDFS
	TODAS LAS ÁREAS	Código GD:HFS.P- 01
	PLANES DE ACCIÓN POR LINEAS ESTRATEGICAS	Versión 2
	ÁREA DE COMUNICACIONES	29-01-2025
		SALAMINA CALDAS
		pág. 26

Artículo 17: Los actos administrativos deben estar debidamente firmados por la autoridad competente para que tengan validez legal.

✦ Importante:

- ✓ Los documentos únicos oficiales y con validez jurídica son los que llevan la firma del Gerente del Hospital.
- ✓ En caso de discrepancia entre la versión digital y el documento físico firmado, prevalecerá este último.
- ✓ Si requiere una copia autenticada del documento original, puede solicitarla en la Oficina de Gestión Documental del hospital.

Hospital Departamental Felipe Suárez ESE

Fecha de emisión: Salamina 29 de enero de 2025.