| | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E | CÓDIGO: D-PI-FT-001 |
|---|---|---|
| | PLAN OPERATIVO ANUAL | VERSIÓN: 02 |
| | | FECHA: 30/12/2020 |
| | FORMATO | PÁGINA: |

**Nombre del Proceso: Gestion de Calidad**

**Objetivo del Proceso: : Planificar, asesorar y mantener el sistema de gestión de calidad del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, brindando apoyo permanente para su implementación y evaluación continua a los diferentes procesos, enfocados hacia el mejoramiento continuo**

**Líder del Proceso: Iris Adriana Mojica Carvajal** — **Fecha de Elaboración:** **30/01/2024**

| ÌTEM | OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | INDICADOR | EJECUCIÓN | RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD | INCLUIDO EN EL PAA | | PRESUPUESTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ENERO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · FEBRERO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · MARZO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · ABRIL: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · MAYO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · JUNIO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · JULIO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · AGOSTO: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · SEPTIEMBRE: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · OCTUBRE: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · NOVIEMBRE: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 · DICIEMBRE: sem 1, sem 2, sem 3, sem 4 | | | SI | NO | |
| 1 | Asesorar el cumplimiento de las condiciones mínimas de Habilitación en los servicios inscritos ante la Secretaria de Salud de Boyacá. | Dar cumplimiento de las condiciones mínimas de Habilitación en los servicios inscritos ante la Secretaría de Salud de Boyacá. | Realizar Capacitacion de 15 lideres en temas de Habilitación | Numero de personas entrenadas / total de lideres | | Asesor interno de Calidad y Programas especiales/Profesional Especializado Habilitacíon | Listas de Asistencias | | | |
| | | | Autoevaluar todos los servicios del Hospital y las UBA. | Numero de sedes autoevaluadas en el Sistema Unico de Habilitacion (SUH) con la normatividad Vigente / ____ *100 Total de sedes Inscritas en el REPS | | Profesional Especializado Habilitacíon y Profesional de Unidades Basicas de Atención | Autoevaluación de las sedes | | | |
| | | | Socializar Informe y plan de mejora con responsables y fechas | Numero de planes de mejora por sede del Sistema Unico de Habilitacion con la normatividad Vigente / ____ *100 Total de sedes autoevaluadas en el SUH | | Profesional Especializado Habilitacíon y Profesional de Unidades Basicas de Atención | Planes de mejora suscritos al responsable | | | |

| | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E | CÓDIGO: D-PI-FT-001 |
|---|---|---|
| | PLAN OPERATIVO ANUAL | VERSIÓN: 02 |
| | | FECHA: 30/12/2020 |
| | FORMATO | PÁGINA: |

**Nombre del Proceso: Gestion de Calidad**

**Objetivo del Proceso: : Planificar, asesorar y mantener el sistema de gestión de calidad del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, brindando apoyo permanente para su implementación y evaluación continua a los diferentes procesos, enfocados hacia el mejoramiento continuo**

**Líder del Proceso: Iris Adriana Mojica Carvajal** | **Fecha de Elaboración:** | **30/01/2024**

| ÌTEM | OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | INDICADOR | EJECUCIÓN | RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD | INCLUIDO EN EL PAA | | PRESUPUESTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | SI | NO | |
| | | | Realizar seguimiento a el plan de mejora de las autoevaluaciones | Numero de seguimientos de los planes de mejora en el sistema Unico de Habilitacion (SUH) con la normatividad Vigente<br>_____<br>_____ *100<br>Total de sedes autoevaluadas en el SUH | | Profesional Especializado Habilitacíon y Unidades Basicas de Atención | Infome de seguimientos co porcentaje de cumplimiento | | | |
| 2 | Dar continuidad al proceso de Acreditación de la Institución | Dar cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. | Realizar la autoevaluacion de Acreditacion de la vigencia anterior. | Numero de grupos de estandares autoevaluados<br>_____<br>_____<br>*100<br>total de Grupos de estandares del manual de Acreditación *100 | | Asesor interno de Calidad y Programas especiales | Matriz de autoevaluación diligenciada | | | |
| | | | Acompañamiento desde gestión de calidad a cada proceso en la mejora contnua y cumplimiento de PAMEC | Numero de asesorias realizadas/ Total de asesorias proyectadas * 100 | | Asesor interno de Calidad y Programas especiales | Cronograma de trabajo | | | |
| 3 | Fortalecer la adherencia de la politica de Seguirdad del paciente | Dar cumplimiento de la Politica Institucional de Seguridad del paciente. | Realizar Seguimiento a los paquetes instruccionales | Numero de paquetes Instruccionlaes evaluados/ Total de paquetes de la institucion | | Referente de Seguridad del paciente | Informe de paquetes Instruccionales | | | |
| | | | Realizar Rondas de seguridad | Numero de rondas realizadas/ total de rondas proyectadas *100 | | Referente de Seguridad del paciente | Informe de Rondas de Seguridad del Paciente | | | |

| | HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E | CÓDIGO: D-PI-FT-001 |
|---|---|---|
| | PLAN OPERATIVO ANUAL | VERSIÓN: 02 |
| | | FECHA: 30/12/2020 |
| | FORMATO | PÁGINA: |

**Nombre del Proceso: Gestion de Calidad**

**Objetivo del Proceso: : Planificar, asesorar y mantener el sistema de gestión de calidad del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, brindando apoyo permanente para su implementación y evaluación continua a los diferentes procesos, enfocados hacia el mejoramiento continuo**

**Líder del Proceso: Iris Adriana Mojica Carvajal** **Fecha de Elaboración:** **30/01/2024**

| ÍTEM | OBJETIVO | META | ACTIVIDAD | INDICADOR | EJECUCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD | EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD | INCLUIDO EN EL PAA | | PRESUPUESTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ENERO | | | | FEBRERO | | | | MARZO | | | | ABRIL | | | | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | | OCTUBRE | | | | NOVIEMBRE | | | | DICIEMBRE | | | | | | SI | NO | |
| | | | | | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | sem 1 | sem 2 | sem 3 | sem 4 | | | | | |
| 4 | Fortalecer la adherencia de la politica de Humanizacion del servicio | Dar cumplimiento de la Politica Institucional de Humanizacion del servicio | Realizar Seminario de Humanizacion del Servicio | Un Seminario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Asesor interno de Calidad y Programas especiales y Lider de Humanización | Agenda a desarrollar / fotos y/o asistencia | | | |
| 5 | Realizar medicion y segumiento de los procesos institucionales | Fortalecer el cuadro de mando de calidad | Implementar el proceso de Gestión de la Información | Numero de Procesos que realiza medicion/ Total de Procesos en la institucion * 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | LIDERES DE PROCESO/profesional especializado en calidad y planeacion | Cuadro de Mando de calidad diligenciado | SI | | |

**Elaboró** FIRMADO EN ORIGINAL

**Iris Adriana Mojica Carvajal**
**Líder Calidad**

**Revisó** FIRMADO EN ORIGINAL

**Oscar Dario Soler Morales**
**Líder de Planeación**

FIRMADO EN ORIGINAL

**Sheyla Fanory Caicedo Rincón**
**Gerente**