

		PLAN OPERATIVO		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ BELÉN DE UMBRÍA, RISARALDA		
		LABORATORIO CLÍNICO				
No.	LINEA ESTRÁTÉGICA INDICADOR DE GESTIÓN OBJETIVO DEL PROCESO O HALLAZGO A IMPACTAR	PROBLEMA IDENTIFICADO Y/O CAUSA QUE LO GENERA	ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	FORMULA DE LA ACTIVIDAD	META DE LA ACTIVIDAD
1	Gestión del Sistema de Información	No se evidencia en el proceso de laboratorio la realización de copias de seguridad equipos automatizados	Solicitar al área de sistemas originar y custodiar copias de seguridad mes a mes de equipos automatizados	% de copias de seguridad realizadas en el año 2018	Número de copias de seguridad realizadas/Número de copias de seguridad programadas para el año	100%
2	Atención en Salud Gestión de la Calidad Gestión del Sistema de Información	Evaluar la adherencia de los protocolos y guías de manejo del laboratorio clínico.	realizar listas de chequeo para medir su adherencia	% de evaluaciones realizadas	numero de guías a para evaluar adherencia/numero de guía evaluadas	80%
3	Gestión de la Calidad	Garantizar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente en el servicio de laboratorio.	socializar y retroalimentar al personal de la institución sobre los eventos adversos en el laboratorio clínico y evaluar su adherencia mediante listas de chequeo.	% de socializaciones realizadas	numero de eventos adversos presentados/número de eventos socializados	90%
4	Gestión de la Calidad	Hacer seguimiento al programa de calidad dentro del laboratorio.	Realizar auditorías a los procesos pre analíticos, analíticos y post-analíticos, como también al control de calidad interno y externo que se llevan en el laboratorio, y elaborar listas de chequeo de seguimiento.	% de seguimientos realizados	número de seguimientos programados/numero de seguimientos realizados	90%
5	Gestión del Sistema de Información	Cumplimiento de planes de mejora de requisitos del Sistema Único de habilitación. R/ 2003 de 2014.	Implementar las acciones para subsanar los hallazgos de las auditorías del sistema único de habilitación	% de acciones implementadas	Numero Hallazgos subsanados / Total de hallazgos identificados en el plan de mejora X 100	80%
8	Gestión del Talento Humano	Falta de programación y retroalimentación de los indicadores del servicio	Socialización de indicadores del proceso al personal del servicio	Socializaciones realizadas	Número de socializaciones realizadas/el Número de socializaciones programadas	100%
9	Gestión del Talento Humano	no se tiene un proceso sistemático de capacitación para el personal del laboratorio clínico	Evaluar cumplimiento del cronograma de capacitaciones establecido para el personal del laboratorio clínico	%cumplimiento de cronograma de capacitaciones programadas	Número de capacitaciones realizadas/Número de capacitaciones programadas	80%
10	Gestión de la Calidad	No se evidencia documentación de las acciones de mejora	Utilizar formato de acciones preventivas y correctivas en el proceso	% de acciones correctivas y preventivas documentadas	Número de acciones documentadas/Número de acciones implementadas	90%
11	Gestión de la Calidad	Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura	Elaborar mapa de riesgos del proceso	Mapa de riesgos del proceso	Mapa de riesgos	100%
12	Gestión de la Calidad	Seguimiento del mapa de riesgos del proceso	Realizar seguimiento al mapa de riesgos del proceso	Seguimiento al mapa de riesgos del proceso	Seguimientos realizados / seguimientos programados	100%
13	Gestión de la Calidad	Requisito del sistema de gestión de calidad y del MECI	Actualización del plan operativo	Plan actualizado	Plan actualizado	100%
14	Gestión de la Calidad	Requisito del sistema de gestión de calidad y del MECI	Seguimiento del avance del plan operativo anual	Seguimiento plan operativo anual	Número de seguimientos realizados / número de seguimientos programados	100%
15	Atención en Salud	Cumplimiento de las acciones definidas en los mapas de riesgo	Implementar las acciones definidas para la administración de los riesgos	Promedio de cumplimiento de la evaluación de los controles establecidos en los mapas de riesgo por proceso.	numero de acciones definidas en el mapa de riesgo del proceso/numero de acciones realizadas	90%