

<div><div><div><div><div><div></div><div></div></div></div><div><div><div></div><div></div></div></div><div><div><div></div><div></div></div></div></div></div><div><div>HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E</div><div>NIT 891380103-2</div></div></div>			MACROPROCESO: Estratégico PROCESO: Gestión de Calidad			Código: PMGC-CA-001
			Versión: 001			
			Fecha: 23/07/2024			
			Página 1 de 1			
CARACTERIZACION GESTION DE CALIDAD						
1. OBJETIVO			2. RESPONSABLE DEL PROCESO			
Gestionar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los sistemas de gestión que aplique y las normas complementarias que permitan alcanzar nivel superior de calidad, generando impacto en términos de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, competencia, eficacia, aceptabilidad, coordinación y efectividad; para los clientes internos y externos de la institución			Jefe Oficina Asesora de Calidad			
3. ALCANCE						
Desde revisión y evaluación de Plataforma Estratégica, Políticas, Planes, Programas y procesos, hasta la ejecución de actividades de medición, evalaución, auditoría e implementación de las acciones de mejoramiento requeridas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Aplica a todos el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad establecido en el HSR.						
4. PROVEEDOR	5. ENTRADA	6. ACTIVIDADES	7. RESPONSABLE	8. SALIDA	9. CLIENTE	
Ministerio de Salud y Protección Social Departamento Administrativo de la Función Publica Ministerio del Trabajo Secretaria de Salud Departamental Superintendencia Nacional de Salud EAPB Procesos de Gestión de la Institución Grupos de estándares del Sistema Único de Acreditación SUA Grupos de estándares del Sistema Único de Habilitación SUH	Normatividad Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (Comités Obligatorios) Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG V2) Guía de Administración de Riesgos 2014 Resolución 1111 de 2017 Circulares y lineamientos Resolución 256 de 2016 Decreto 2193 de 2004 Auditoria Externa Informe con hallazgos de Entes de Control Autoevaluación Sistema Único de Habilitación SUH Planes de Mejora de Informe de Auditoria Interna de Calidad Solicitud de creación, actualización, adaptación, adopción y/o eliminación de documentación Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación SUA	P: Estructurar el sistema obligatorio de garantía de la calidad, los sistemas de gestión que aplique y las normas complementarias en la E.S.E. HSR, que permitan alcanzar un nivel superior de calidad. H: Gestionar el Sistema Único de Habilitación. H: Gestionar el Sistema de Información para la Calidad. H: Gestionar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. H: Gestionar el Sistema Único de Acreditación. H: Acompañar la gestión de otros sistemas implementados en la institución. H: Ejecutar Auditoria Interna de Calidad a los diferentes Procesos. H: Gestionar y ejecutar Comités Institucionales. H: Gestionar Ejes de Acreditación (Política, programa, plan, organización Comité, ficha de indicador de política y medición de la cultura) V: Verificar el cumplimiento de la autoevaluación anual del Sistema Único de Habilitación (SUH). V: Medir la proporción de cumplimiento del Sistema de Información para la Calidad (SIC). V: Medir la proporción de cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). V: Verificar el cumplimiento al Sistema Único de Acreditación (SUA). V: Verificar el cumplimiento del acompañamiento en la gestión de otros sistemas. V: Medir la proporción de cumplimiento del programa anual de auditorias internas de calidad. V: Verificar el cumplimiento del eje de Seguridad del Paciente A: Tomar decisiones frente a las desviaciones observadas.	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Normatividad Aplicada (Sistema Único deHabilitación SUH, Sistema de Información para la Calidad SIC, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC, Sistema Único de Acreditación SUA) Capacitación a todos los colaboradores Resolución de comités Cronogramas Auditorías Articulación al SOGCS Administración del eje del riesgos para acreditación Sistema de Gestión implementado (verificado por auditoria) Lineamientos aplicados Informes en plataforma SISPRO y PISIS Informe con oportunidades Plan de Mejora Informe de Auditoria Interna de Calidad Informe de Autoevaluación de Sistema Único de Habilitación SUH Seguimiento al Plan de Mejora Auditoria Interna de Calidad Seguimiento al Plan de Mejora Sistema Único de Habilitación Inclusión de documentos al sistema de calidad de la institución Informe de Autoevaluación del Sistema Único de Acreditación SUA Seguimiento al Plan de Mejora Sistema Único de Acreditación Aprendizaje Organizacional	Ministerio de Salud y Protección Social Secretaria de Salud Departamental Procesos de Gestión de la Institución Superintendencia Nacional de Salud Grupos de estándares del Sistema Único de Acreditación SUA Junta Directiva	
10.RECURSOS REQUERIDOS PARA EL PROCESO		11. DOCUMENTOS REQUERIDOS AL PROCESO		12. INDICADORES		
HUMANOS:	Profesionales , Auxiliar Administrativo		Ver Listado Maestro de Documentos del Proceso Ver Manual de Procesos y Procedimientos	Ver: Indicadores Caja de Herramientas CALIDAD HSR 2024		
INFRAESTRCUTURA:	Oficinas.					
FISICOS	Software Institucional, Equipos de Computo, Teléfonos, Impresoras Plataformas Institucionales		13. RIESGOS DEL PROCESO	14. REQUISITOS LEGALES		
FINANCIEROS	Presupuesto institucional		Ver mapa de riesgos de la institución	Ver: Nomograma Institucional y Otros que apliquen al proceso.		
ELABORO		REVISO		APROBO		
Fernando Cárdenas Piedrahita Contratista Apoyo Gerencia		Mónica Rodríguez Puenayan Jefe Oficina Asesora de Calidad		Carolina Castro Naranjo Gerente		