

FECHA: 27/10/2025**DATOS GENERALES****Lugar:** DCSNS ☐ SRS ☐ Hospital ☒ CPN ☐***Nombre del lugar:** Hospital Provincial Dr. Leopoldo Pou**Área:** Calidad de la Gestión.**Nombre de la Actividad:** Informe de Avance Plan de Mejora CAF 2025.**Código POA (Si aplica):****INTRODUCCIÓN**

El plan de mejora CAF es una herramienta de gestión que busca mejorar el rendimiento de las instituciones públicas. Basado en la autoevaluación, este plan identifica áreas de mejora en los procesos, la calidad de los servicios, y la eficiencia administrativa. El objetivo es promover la innovación y la excelencia en la gestión pública, asegurando una respuesta efectiva a las necesidades de los ciudadanos.

o

Este plan se elabora tras una autoevaluación de la institución, basada en los nueve criterios del modelo CAF, y define objetivos, acciones específicas, responsables, recursos y un sistema de seguimiento para lograr la mejora continua.

OBJETIVO DEL INFORME

La finalidad de este informe es presentar los resultados obtenidos del Plan de Mejora CAF en el Hospital Provincial Dr. Leopoldo Pou, con el objetivo de seguir identificando las áreas mejoras en su gestión, medir el impacto de dichas acciones en la calidad de los servicios y seguir proponiendo estrategias que fortalezcan la eficiencia institucional.

METODOLOGIA (Si aplica)

Recolección de datos.

DESARROLLO / HALLAZGOS

Luego de realizar un análisis de datos hemos identificado los siguiente hallazgos del Plan de Mejora CAF que nos faltan por lograr, dentro de los cuales están:

-Subcriterio No. 1.1, realizar una carta de solicitud a la OGTIC, que es la organización que se encarga de ejecutar acciones necesarias para implementar el uso correcto de las TIC y medir dichos avances, la cual se encuentra en un 70% de avance ya que hemos realizados dos encuentros virtual con el departamento encargado y solo esperamos la confirmación de la fecha d la visita para realizar el levantamiento en el hospital.

-Subcriterio No. 1.2, establecer un plan de acción para establecer las condiciones necesarias para la innovación y desarrollo de los procesos médicos, tecnológicos y la gestión de proyectos, esta acción de mejora depende del primer subindicador la cual será el resultado de la visita de la OGTIC.

-Subindicador 4.5, adquirir herramientas tecnológicas para implementar un proceso digital, tomando en cuenta objetivos estratégicos y operativos, el hospital solo espera la reunión del comité de compra para aprobar la implementación del sistema de Labplus un sistema moderno y avanzado para laboratorios.

-Subcriterio No. 5.1, no contamos con la Carta Compromiso al Ciudadano, pero hemos avanzado en el proceso de la habilitación, solo esperando la colocación de la fecha de entrega.

Subcriterio No. 8.2, no contamos con una política de residuos y reciclaje, pero ya contamos con un protocolo que fue revisado por un oficial de medio ambiente con un nivel de avance al 80 %, solo falta la identificación de las áreas para colocar los zafacones correspondiente con su semaforización.

RESULTADOS / CONCLUSIONES

Actualmente el Hospital Provincial Dr. Leopoldo Pou ha logrado el resultado de las siguientes áreas de mejoras:

-Subindicador 1.03, hemos realizado la primera actividad donde se pudo reconocer a nuestros colaboradores más destacado, logrado al 100%.

-Subindicador 1.4, el hospital ha realizado varios convenios con instituciones educativas con la finalidad de mantener una relación más formal para las partes.

-Subindicador 2.1, mediante un análisis internos la Encargada de Calidad de los Servicios realizo un plan estratégico con la finalidad de que cada departamento puede identificar que hacer desde su departamento para aumentar la satisfacción del usuario, aumentar la rentabilidad, disminuir la glosa y disminuir la deuda hospitalaria.

-Subindicador 4.3, se logró el nombramiento de un administrador que ha permitido fortalecer los procesos internos del hospital, optimizar la planificación, el control de los recursos y la toma de decisiones, cumpliéndose al 100%.

-Subindicador 5.3, el subdirector de nuestro centro realizó una capacitación sobre la donación de sangre con varios grupos de interés donde se creó por primera vez un club de donantes de sangre perteneciente al hospital, para seguir fortaleciendo la relación entre el centro y la ciudadanía.

-Subindicador 7.2, se han realizado varios encuentros con diferentes departamentos con la finalidad de identificar las áreas de mejora y puesta en marcha un plan de mejora con el departamento responsable, como admisión y archivo, facturación y enfermería.

-Subindicador 9.2, actualmente de creo una matriz para poder medir el grado y eficacia de las alianzas realizadas, que se realizara trimestral, donde se tomara tres indicadores como mínimo para conocer el grado de cumplimiento.

Evidencias



Solicitud OGTIC.pdf



Nombramiento
Administrador.pdf



Lista de
Participacion.pdf



Acuredo
Institucional Policia



HOJA DE
PARTICIPACION PREI



PROGRAMA Y
COLABORADORES P.



RECOMENDACIONES

Continuar trabajando en conjunto con los departamentos involucrados en las acciones de mejora, para seguir mejorando la calidad de los servicios y obtener resultados favorables que puedan permanecer con el tiempo.

ANEXOS (Si aplica)

Acuse de nombramiento, convenio firmado, lista de participación y fotos.

Instrucciones de llenado:

***Indique nombre del lugar:** Este campo sólo aplica para SRS, Hospital y CPN.

Hiandra C. Andúja

Elaborado por
(Nombre y apellido)