EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

# PLAN DE MEJORAMIENTO

**Proceso: Calidad y Mejora continua**

| CODIGO | CA_FTO_06 |
|---|---|
| VERSION | 02 |
| VIGENCIA | 30/12/2024 |

| No. | NO CONFORMIDAD, SITUACION O HALLAZGO: | ANALISIS CAUSA RAIZ ¿PORQUE? Maximo 5 | ACCIÓN(ES) DE MEJORAMIENTO | Responsable | Fecha de Inicio | | Fecha de Terminación | | EVIDENCIA | SEGUIMIENTO | | | FECHA ( / / ) Descripcion SEGUIMIENTO | FECHA ( / / ) Descripcion SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES FINALES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | MES | AÑO | MES | AÑO | | C | ED | NC | | | |
| 1 | No activacio de ruta de atencion de victimas sexuales | Paciente atendidio en urgencias hombres que habia sido victima de violencia sexual | Capacitación de grupo de urgencias | Dr. Alex Palacios | 8 | 26 | 8 | 26 | Acta de asistencia capacitacion y presentacion de capacitacion | x | | | 20/08/2026 | 21/08/2026 | Se realiza capacitacion a grupo medico en capacitacion mensual.Se enfatiza en los 15 pasos de la ruta y se enfatiza en el paso 3 que competa a urgencias |
| 2 | No queda consignado por que no se inicia profilaxis farmacologico | Paciente victima de violencia sexual sin riesgo biologico no queda consignado que no presenta riesgo biologico por lo cual no se realizo inio de profilaxis | Capacitación de grupo de urgencias | Dr. Jaime Anderson Zamudio Gonzalez | 8 | 26 | 8 | 26 | Acta de asistencia capacitacion y presentacion de capacitacion | x | | | 20/08/2026 | 21/08/2026 | Se realiza capacitacion a grupo medico en capacitacion mensual.Se enfatiza en los 15 pasos de la ruta y se enfatiza en el paso 3 que competa a urgencias |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | TOTAL ACCIONES | | | | | | TOTAL CUMPLIMIENTO | | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL SEGUIMIENTO (LIDER/COORDINADOR DEL PROCESO O SERVICIO) | | CARGO | |
| ESTE PLAN CUMPLE PARA CIERRE? | SI / NO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | |
| NOMBRE DE QUIEN REALIZA EL CIERRE (PROCESO DE EVALUACION Y CONTROL /CALIDAD Y MEJORA CONTINUA) | | CARGO | |

**ANÀLISIS DEL RESULTADO:**

**Elaborado por ( Nombre y firma) : Jaime Anderson Zamudio y Alex Palacios**

**Revisado por ( Nombre y firma):**

**Aprobado por ( Nombre y firma):**

**(*) Observación:** En caso de ser Plan de Mejoramiento Institucional, se registra el Nombre completo del Referente encargado. En caso de Plan de Mejoramiento Individual, se registra Nombre completo del Profesional. (*) Proceso: Como se describe en el Mapa de Procesos institucional - Servicio: Nombre del servicio asistencial a quien se dirige la mejora.