EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
GESTION DE LA CALIDAD
PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP

VIGENCIA : AUDITORIA MECI

05GC24-V2

IDENTIFICACION DE LAS ACCIONES DE MEJORA							DESCRIPCION DE LAS ACCIONES DE MEJORA											RESULTADOS			SEGUIMIENTOS											
								PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA													SEGUIMIENTO 1. FECHA:			SEGUIMIENTO 2. FECHA:			SEGUIMIENTO 3. FECHA:			SEGUIMIENTO 4. FECHA:		
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	REGISTRE LA CAUSA RAIZ DEL HALLAZGO	ATRIBUTO DE CALIDAD VULNERADO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	Riesgo	Costo	Volumen	Total	TIPO DE ACCIÓN	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/ año)	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN	INDICADOR CON EL CUAL SE EVALUA LA EFECTIVIDAD DE LA ACCION	PORCENTAJE DE AVANCE	EFECTIVIDAD	CIERRE DE CICLO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE	ESTADO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
	1	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	27/02/2017	Inducción y re inducción (se hace de manera general y no sobre las funciones a desarrollar – falta la inducción en el puesto de trabajo y su relación con los objetivos de la entidad y los fines del estado),																												
	2	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	27/02/2017	Medición del clima laboral (se debe hacer de manera periódica y se emitir acciones resultado de ella)																												
	3	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	27/02/2017	Intervención de la cultura organizacional.																												
	4	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	27/02/2017	Programas de bienestar (aumentar el porcentaje de cumplimiento de los cronogramas de actividades e incentivos (establecer actividades de incentivos)																												
	5	AUDITORÍA CONTROL INTERNO	27/02/2017	Modernización de la planta de cargos, para lo cual se sugiere revisar la caracterización de los procesos y procedimientos en los que se determine cuanto personal mínimo se requiere y se determinen de manera clara los tiempos y movimientos de las actividades que realiza el hus; esta oficina considera que la revisión de los procesos y procedimientos es de vital importancia para establecer las necesidades de personal.																												
	6			Se debe elaborar un informe sobre el análisis realizado a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa que sirva de insumo para: detectar riesgos, necesidades de personal, necesidades de capacitación etc.,																												
	7			Se debe fortalecer la calidad de los riesgos descritos, toda vez que en muchos de ellos se observa que no se describió el riesgo si no la consecuencia del riesgo lo cual vela la correcta formulación de acciones de mejora que contribuyan a mitigarlo o desaparecerlo. En todo caso se deja constancia que en el PUMP se formularon 75 de acciones de mejora por esta fuente (75 de 275 acciones de mejora que en total tiene el PUMP equivale al 27, 27%)																												
	8			Gestión y manejo del producto no conforme. Se debe utilizar los mecanismos de evaluación de la satisfacción de usuario para que este manifieste si ha recibido productos o servicios no conformes. Es de señalar que la entidad debe fortalecer la evaluación en la que indique la gestión realizada al producto o servicio no conforme. En la entidad la revisión del producto no conforme se realiza principalmente a través del seguimiento y gestión de los eventos adversos. Es importante señalar que en el PUMP institucional de la entidad – publicado en el proceso de calidad solo se encontraron dos acciones de mejora cuya fuente es el servicio no conforme, por lo tanto se debe propender por que las acciones de mejora para atender el servicio no conforme queden en el PUMP para realizar el correspondiente seguimiento.																														
	9			Toma de decisiones basadas en las auditorías internas (las auditorías que realiza control interno no son tenidas en cuenta en el plan único de mejora por procesos),																												
	10			Valoración de riesgos basados en auditorías internas.																												
	11			Identificación de grupos de interés *(Los Grupos de Interés se definen como todos aquellos grupos que se ven afectados directa o indirectamente por el desarrollo de la actividad empresarial, y por lo tanto, también tienen la capacidad de afectar directa o indirectamente el desarrollo de éstas (Freeman, 1983) .*																												

	12			Comunicación externa. (publicar organigrama en la página web, publicar los planes anuales de adquisiciones en la actualidad no están publicados los del 2014, 2015, 2016 solo está el de 2017, actualizar los datos de los funcionarios del comité directivo, está publicado el listado de los servicios con sus extensiones pero no están los nombres de los jefes de las oficinas extensiones y correos electrónicos), se debe elaborar un registro de las publicaciones realizadas en la web, se recomienda que exista un único responsable de lo que se publica en la página web de la entidad y se considera que el responsable debe ser el proceso de GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.																													
	13			Gestión documental. Se debe elaborar un documento estableciendo el mecanismo para los riesgos de perdida, de información en su soporte físico.																												
	14			Gestión Documental (Procesos y procedimientos asociados al tema contable – soportes documentales de los registros contables - archivo y organización de los soportes contables- presentan grandes debilidades en la organización de los soportes contables específicamente del área de cartera),																												
	15			Direccionamiento estratégico. Se observan debilidades en planes programas y proyectos en temas como: cuantificación, asignación y ejecución presupuestal de los planes programas y proyectos (la entidad debe cuantificar el presupuesto de los planes (PUMP-PAS etc.) programas y proyectos y revisar su ejecución presupuestal),																												
	16			Se debe impulsar desde la alta dirección la implementación del sistema de costos,																												
	17			Continuar con la implementación del TUCI incluyendo los procesos de apoyo y revisando que los indicadores establecidos en la caracterización coincidan con la información del TUCI).																												
	18			El formato del plan indicativo para 2017-2020 cambió y ahora tiene una casilla denominada OBJETIVO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL motivo por el cual la oficina de control interno deberá en adelante establecer y socializar el avance en el cumplimiento de los objetivos estratégicos a la par que realiza el seguimiento al PAS. Sin embargo queda pendiente elaborar una herramienta-INDICADOR COMPUESTO que nos permita medir el cumplimiento de la misión y la visión de la entidad la cual sugiere la oficina de control interno se tenga como algunos de los insumos los reportes de la circular única de la supersalud y el decreto 2193 y los demás que a bien considere la alta dirección y la oficina de planeación.																													
	19			Rendición de cuentas. Se debe fortalecer la participación ciudadana y de los grupos de interés en la rendición de cuentas (sindicato, proveedores, veedurías, asociaciones de usuarios etc.), se deben elaborar planes de mejora resultado de la observaciones de la ciudadanía en la rendición de cuentas y de la autoevaluación, se deben establecer incentivos para la participación.																												
				ASPECTOS A MEJORAR DETECTADOS EN VIGENCIAS ANTERIORES																												
	20			Dada la rotación de personal se genera perdida de transferencia del conocimiento toda vez que los funcionarios capacitados en temas críticos y álgidos, se han retirado de la entidad sin dejar trazabilidad de una entrega verdadera del cargo, limitando el cumplimiento de la misión y los objetivos institucional.																												

	21			No hay una cultura y directriz precisa para la elaboración de planes de mejoramiento individual. No se evidencia un seguimiento programado por parte de los jefes a los funcionarios en cumplimiento del acuerdo 137 de 2010-comisión nacional del servicio civil.																													
	22			No se ha inscrito a la entidad en el SIGEP, para que los funcionarios actualicen su hoja de vida.																													
	23			La entidad tiene falencias en proporcionar la infraestructura tal es el caso de la adecuación de espacios para archivo central.																													
	24			El Hospital debe realizar un diagnóstico de los medios de comunicación interno y externos, y para ello formular encuestas a los servidores con preguntas direccionadas en términos de efectividad, periodicidad, penetración y propagación, encontrando oportunidades de mejora en términos de aprovechamiento de los medios de comunicación existente y la estandarización de flujos y reglas de comunicación interna y externa.																													
	25			No se cuenta con las mediciones de:																													
				Comunicación Interna: Percepción de carterelas																													
				Interacción página Web																													
				Boletines																													
				Comités y reuniones																													
	26			Propiciar espacios y escenarios de comunicación efectiva, abierta y fluida al interior de la organización y en todas las direcciones de acuerdo a las necesidades de la gestión institucional.																													
				Implementar estrategias de comunicación interna que permitan la socialización de la información necesaria para la gestión institucional																													
				Establecer los parámetros para la comunicación interna y externa garantizando la efectividad en la transmisión de información a los diferentes grupos e interés.																													
				Brindar apoyo comunicacional a todos los procesos para desplegar la información que apoye el desarrollo de sus diferentes actividades y el cumplimiento de los objetivos propuestos.																													
	27			Desarrollar estrategias para manejo de la imagen corporativa unificada y acorde a los objetivos y visión de la institución. Evaluar la percepción interna y externa de los medios y la institución que permita mantener relaciones fluidas y efectivas con los diferentes grupos de interés (grupos de interés-asuntos de interés – canales).																													
	28			No se cuenta con el suficiente personal que apoye la actividad de comunicaciones.																													
	29			Se debe fortalecer la elaboración y redacción de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento constituyéndolos como una verdadera herramienta de control.																													
	30			Seguir trabajando por la implementación de la política de responsabilidad social y ambiental en todos los procesos y servicios, así como fortalecer la democratización de la administración pública, moralización transparencia y apoyo a los rediseños organizacionales.																													
	31			Persiste la falencia en la falta de articulación del Modelo estándar de Control Interno MECI, con el sistema de Gestión De la Calidad, Gobierno en Línea GEL y sistema integrado de planeación y Gestión.																													
	32			Se debe incluir en el TUCI los indicadores financieros de cada proceso, para que los líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias.																													

	33			Los líderes de procesos y directivas se reúnen periódicamente pero no se produce una verdadera autoevaluación de la que se deriven acciones de mejora.																													
	34			La oficina de control interno no tiene personal interdisciplinario para realizar su actividad. En cumplimiento de la circular 01 de 2015 de la Función Pública.																													
	35			La entidad debe fortalecer la auditoría médica, que permita anticipar los problemas y tomar los correctivos necesarios.																													
	36			Se debe incrementar la cultura del direccionamiento para el cumplimiento de la misión y la visión a través de los planes de mejoramiento, en la actualidad se cuenta con planes de mejoramiento por procesos, pero los mismos no son tomados como una herramienta de trabajo y de control, por ende en su mayoría son utilizados para consignar actividades que no resuelven de manera eficaz los hallazgos de los entes de control.																													
	37			No se ha socializado el PAMEC a los funcionarios y no se tiene evidencia del documento final ni de la forma en que se construyó el mismo.																													
	38			La entidad no tiene centralizada la información correspondiente a las PQRSD, solo se tiene consolidado lo correspondiente al área asistencial.																													