
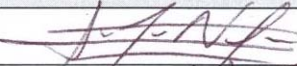
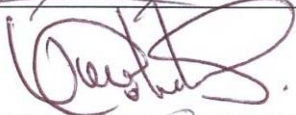

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

1. APROBACIÓN				
	CARGO	NOMBRE	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	PROFESIONAL DE PLANEACIÓN	Alexander Luan Naranjo Ladino	28/06/2017	
REVISÓ	JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD	Vivian Castañeda Solano	29/06/2017	
APROBÓ	GERENTE	Javier Fernando Mancera	29/06/2017	



2. OBJETIVO
Detectar aspectos a mejorar y plantear posibles soluciones definiendo los mecanismos que permitan alcanzar las metas u objetivos propuestos, identificando los riesgos dentro del hospital.

3. ALCANCE
3.1. DESDE: Que se detecta los aspectos a mejorar
3.2. HASTA: Que se elabore y comunique el informe del PUMP
3.3. APLICACIÓN: Para todos los procesos, informes de auditoría, planes y programas institucionales, dando cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana y sus Unidades Funcionales.

4. DEFINICIONES
Las definiciones que se citan a continuación son tomadas de la Norma Técnica Colombiana ISO 9000:2015 <sup>1</sup>
<b>ACCIÓN CORRECTIVA:</b> Acción para eliminar la causa de una no conformidad y evitar que vuelva a ocurrir.
<b>ACCIÓN PREVENTIVA:</b> Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.
<b>CORRECCIÓN:</b> Acción para eliminar una no conformidad detectada.
<b>EFICACIA:</b> Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados.
<b>EFICIENCIA:</b> Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.
<b>MEJORA CONTINUA:</b> Actividad recurrente para mejorar el desempeño.
<b>NO CONFORMIDAD:</b> Incumplimiento de un requisito
<b>REQUISITO:</b> Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria

<sup>1</sup> INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. Bogotá D.C. ICONTEC, 2015. NTC-ISO 9000.



Estado de documento: <b>VIGENTE</b>	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 1 de 10
-------------------------------------	---	----------------	----	---------------------	----------------

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

5. DETALLE DE REGISTROS				
IDENTIFICACIÓN		RESPONSABLE	MEDIO DE ALMACENAMIENTO (CLASIFICACIÓN)	ÁREA DE ALMACENAMIENTO (UBICACIÓN)
NOMBRE	CÓDIGO			
PLAN ÚNICO DE MEJORA POR PROCESO PUMP	05GC24	Líderes de Procesos	Medio Magnético	Gestión de Calidad

6. SALIDAS		
6.1 USUARIO / CLIENTE	6.2. PRODUCTO	6.3. NECESIDADES DEL CLIENTE
Cientes internos y externos Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Planes de Mejora cerrados	Oportunos, Pertinentes, Eficientes y efectivos, convenientes, socializado y apropiado en todos los niveles de la organización
Paciente y su familia Cliente interno Partes interesadas (Entes de control, Entidades responsables de pago, proveedores, red hospitalaria y comunidad)	Mejoramiento hacia el logro de la visión y objetivos institucionales	Cumplimiento de las políticas, objetivos y metas institucionales Modelo de atención Principios y valores
Todos los procesos, Evaluadores externos, Entes de Vigilancia y Control	Evaluación y seguimiento Sistema de Gestión	Oportuno, objetivo Cumplimiento de estándares, normas y/o requisitos mínimos de los Sistemas de Gestión Mantenido y mejorado
Todos los Procesos, Entes de Vigilancia y Control, ERP (Entidades Responsables de Pago) y otras partes interesadas	Informes de gestión por proceso institucional, Informes a entidades de control y Reportes Generados	Oportunos, Verídicos, Confiables, Verificables, Concretos, Accesibles, pertinentes.

Estado de documento: <b>VIGENTE</b>	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 2 de 10
-------------------------------------	---	----------------	----	---------------------	----------------

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
1.	Lideres de Proceso	<p><b>Identificar los aspectos a mejorar</b></p> <p><b>Descripción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar todos los aspectos a mejorar provenientes de las diferentes fuentes identificadas en el formato 05GC24 Plan único de mejora por procesos.</li> <li>En el Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP, se debe incluir las acciones de mejora identificadas en el periodo, si hay informes de auditorias de entes de control tales como: Secretaria de Salud Distrital y Departamental e INVIMA se deben formular las acciones de mejora inmediatamente y de la misma manera reportarlas a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para su consolidación, seguimiento, evaluación y cierre, en todas las unidades funcionales.</li> <li>Seleccionar la fuente de donde se generó la No conformidad real, potencial y/u oportunidad de mejora.</li> <li>Dentro de las Fuentes de los Aspectos a Mejorar, las Autoevaluaciones de Acreditación y Evaluaciones de Acreditación (Ente Externo) no será necesario relacionar Hallazgo, pues el producto de las autoevaluaciones y evaluaciones de Acreditación son Oportunidades de Mejora.</li> </ul> <p><b>Principales fuentes de identificación de No conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora son:</b> Resultados de Revisión Gerencial, Auditoria Interna de Calidad (Habilitación, Acreditación, Gestión Calidad, Gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el trabajo, Gestión del Riesgo, Seguridad del Paciente), Auditoria Externa (Entes de control específicos como Secretarías de Salud, INVIMA), Autocontrol (Análisis del informe de gestión anual o trimestral por proceso), Servicio No conforme, Indicadores de Gestión, Referenciación, Quejas, reclamos y sugerencias de mejoramiento en la prestación del servicio y Otras como: Evaluación de satisfacción del cliente, resultado de inspecciones, etc.</p>
2.	Lideres de Proceso	<p><b>Realizar análisis de causas</b></p> <p><b>Descripción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la causa raíz que puede estar ocasionando la No conformidad real o potencial, este se realiza cuando son acciones correctivas. Para las correcciones, acciones preventivas y oportunidades de mejora no será necesario realizar análisis causal.</li> <li>Realizar el análisis de causa de acuerdo con la metodología de los 3 <b>¿Por qué?</b>, la cual consiste en realizar sucesivamente la pregunta "<b>¿por qué?</b>" 3 veces hasta encontrar la causa raíz de la No conformidad dejando el análisis de causa que determinó la causa raíz, luego registre la causa raíz de la No conformidad real o potencial en el formato 05GC24 Plan Único de Mejora por Proceso, con el objeto de poder formular las acciones de mejora necesarias para prevenir y/o evitar su nueva ocurrencia.</li> <li>El análisis de causa de los hallazgos relacionados con novedades de seguridad del paciente se aplica la metodología definida en el procedimiento 02GC04 Gestión de Novedades de Seguridad del Paciente.</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
3.	Lideres de Proceso	<p>Identificar el Criterio vulnerado</p> <p>Descripción:            Seleccionar el Criterio vulnerado basado en los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atributos de Calidad:</b> Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad, Seguridad, Coordinación, Eficiencia, Aceptabilidad, Competencia y Efectividad.</li> <li>• <b>Ejes de Acreditación:</b> Atención Centrada en el usuario de los servicios de salud, Gestión clínica excelente y segura (Seguridad del paciente), Humanización de la atención en salud, Gestión del Riesgo, Gestión de la Tecnología, Proceso de transformación Cultural permanente y Responsabilidad Social.</li> <li>• <b>Modelo de Atención:</b> Calidez, Centrado en el usuario, Atención Integral, Docente, Articulado con la red, Mejoramiento, Oportuno y Seguro</li> <li>• <b>Objetivos Estratégicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la Prestación de Servicios de Salud dentro de las competencias asignadas en el Modelo de Red Departamental.</li> <li>- Garantizar el Talento Humano más competente del sector y comprometido con una cultura del servicio y del mejoramiento continuo.</li> <li>- Fortalecer el Sistema Integrado de Gestión de la Calidad que permita conformar Centros de Excelencia.</li> <li>- Implementar un Modelo de Docencia e Investigación que impacte en la formación ética y humanística de los estudiantes que desarrollen sus procesos de enseñanza aprendizaje en la Institución, para formar profesionales de bien para la sociedad.</li> <li>- Garantizar un Sistema de Información integral, eficiente y eficaz.</li> <li>- Lograr la auto sostenibilidad financiera por recaudo de la venta de servicios en el mediano plazo y en el largo plazo la rentabilidad financiera que le permita reinvertir.</li> </ul> </li> </ul>
4.	Lideres de Proceso	<p>Describir la Acción de Mejora</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir la(s) acción(s) de mejora que va a desarrollar para erradicar la causa raíz de la No conformidad real o potencial y evitar su nueva ocurrencia, especificando a qué fase(s) del <b>DDIMM</b> (Documentado, Desplegado, Implementado, Medido y Mejorado) o <b>PHVA</b> (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) va enfocada la acción de mejora propuesta, de acuerdo a la metodología institucional de mejora continua. Ejemplo: Si la acción de mejora el año anterior era documentar y desplegar un procedimiento, ya para este año la acción de mejora inicia en la fase del DDIMM implementar y medir el procedimiento.</li> <li>• Seleccionar el "TIPO DE ACCIÓN" C (Corrección), AC (Acción Correctiva), AP (Acción Preventiva), OP (Oportunidad de Mejora)</li> </ul>

**7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES															
5.	Lideres de Proceso y Director	<p>Priorizar las acciones de mejora a desarrollar</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:</li> <li><b>Riesgo:</b> Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.</li> <li><b>Costo:</b> Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.</li> <li><b>Volumen:</b> Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).</li> </ul> <p>Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Se utilizará la siguiente tabla de calificación:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #92d050;"> <th colspan="3">TABLA 1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN</th> </tr> <tr> <th>RIESGO</th> <th>COSTO</th> <th>VOLUMEN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>La calificación más alta es 125 al multiplicar el valor de cada uno de los criterios, pero se considerarían acciones de mejoramiento priorizadas los calificadas superiores a 75 puntos.</li> <li>Las acciones de mejora generadas por auditorías de Entes de Control, Autoevaluación de Habilitación, Gestión del Riesgo, Quejas y Reclamos Seguridad del Paciente (Eventos Adversos e Incidentes analizados por la Metodología institucional "según procedimiento 02GC04") y los indicadores de la Resolución 256 de 2016 que después de ser</li> </ul>	TABLA 1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>
TABLA 1. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN																	
RIESGO	COSTO	VOLUMEN															
<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>1</b> si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.</li> </ul>															
<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>3</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>															
<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Califique como <b>5</b> si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>															

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
		calificada la factibilidad de intervención y la gravedad del efecto estén en zona Extrema y Alta en la matriz de calor, siempre serán de prioridad para implementar.
6.	Lideres de Proceso	<p>Identificar el Riesgo de la acción de mejora</p> <p>Descripción: Evaluar cualquiera de estos dos riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los riesgos que se pueden materializar al ejecutar la acción de mejora planificada. Tener en cuenta cuando se diseñe una acción de mejora, esta no debe generar un riesgo mayor a la acción planteada. Se define si se cambia la acción de mejora o se justifica su no implementación.</li> <li>Identificar el riesgo que pueda causar el incumplimiento de la acción de mejora planteada.</li> </ul>
7.	Lideres de Proceso	<p>Describir las acciones de mejora Priorizadas</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Definir las actividades específicas que se llevarán a cabo para dar cumplimiento a la Acción de Mejora propuesta y cerrar la brecha, teniendo en cuenta como mínimo dos (2) de las siguientes Áreas de Intervención<sup>2</sup> las cuales están alineadas con el ciclo PHVA y el DDIMM:</li> <li><b>PLANEAR – DOCUMENTAR – DESPLEGAR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Planeación – estrategia:</b> Es la capacidad de sostener la generación de valor a través del tiempo, mediante el planteamiento de escenarios y prácticas deseables.</li> <li><b>Articulación:</b> Es la capacidad de relacionamiento entre los agentes o instancias claves del sistema, mediante un trabajo en red, orientado al cumplimiento de los objetivos propuestos y al logro de los resultados.</li> <li><b>Gestión de recursos y alianzas:</b> Da cuenta de la capacidad de planificar y gestionar las alianzas externas con el manejo productivo de los medios a disposición.</li> <li><b>Gestión del talento humano:</b> Se refiere a la capacidad de construcción y desarrollo de un equipo humano idóneo con vocación, orientado permanentemente al cambio y al desarrollo integral, respetando los derechos laborales y el empleo.</li> </ul> </li> <li><b>HACER – IMPLEMENTAR</b></li> </ul>

<sup>2</sup> MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Gestión del Mejoramiento Continuo de la Calidad. Orientaciones técnicas para la Gestión de los resultados del monitoreo de la Calidad. Documento Técnico N° 1. Bogotá D.C. Colombia, diciembre de 2016, p 77 -7 8

Estado de documento: <b>VIGENTE</b>	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 6 de 10
-------------------------------------	---	----------------	----	---------------------	----------------

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

**7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Liderazgo y trabajo en equipo:</b> Se refiere a la capacidad de construcción de confianza, mediante el desarrollo de un clima de autonomía y compromiso del equipo con la gestión y los resultados.</li> <li>– <b>Gestión por procesos – cadena de valor:</b> Se refiere a la capacidad para desarrollar las actividades que agregan valor a las personas (cliente-usuario-paciente-usuario).</li> <li>• <b>VERIFICAR – MEDIR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Enfoque de resultados al bien común:</b> Se refiere a la capacidad para conocer, interpretar y guiar a las personas, sus círculos de interacción y su evolución hacia lo que desean o esperan. Los resultados se enfocan en los habitantes, la sociedad, las organizaciones y los trabajadores.</li> </ul> </li> <li>• <b>MEJORAR – ACTUAR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Aprendizaje para la innovación:</b> Es la capacidad de transformación rápida y significativa. Esto incluye instancias, herramientas, procesos y prácticas para la generación de ciclos de cambio permanente (ajuste, optimización, innovación) en el sistema.</li> </ul> </li> <li>• Ponderar la acción específica de mejora, teniendo en cuenta su valor con respecto a las otras.</li> <li>• Definir la fecha de inicio de la ejecución de las acciones de mejora planificadas.</li> <li>• Definir la fecha de terminación de la ejecución de las acciones de mejora planificadas.</li> <li>• Describir en forma clara qué evidencias va a generar del cumplimiento de las acciones de mejora</li> <li>• Registrar el cargo / actividad que desempeña el colaborador dentro de la Institución que tiene la responsabilidad de ejecutar las acciones de mejora planificadas.</li> <li>• Alinear a qué Indicador Institucional (TUCI) u Objetivo específico, que planea alcanzar con la acción de mejora priorizada. Si se decide alinear con un Indicador Institucional (TUCI), se debe identificar la Línea de Base y qué valor o Meta espera alcanzar con la implementación de la Acción, lo cual permite evaluar la efectividad de la acción de manera objetiva.</li> </ul>
8.	Líderes de proceso	<p><b>Enviar planes de mejora a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad</b></p> <p><b>Descripción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una vez definidas las acciones de mejora a implementar, se debe enviar la información al profesional de planeación, para su revisión y posterior envío al técnico de planeación, con el objetivo de que sea publicado en la Intranet del Hospital.</li> <li>• La única persona que puede hacer modificaciones en la Intranet del Hospital en el apartado de la pirámide documental del Hospital es el Técnico de planeación con el objetivo de que no se realicen modificaciones no autorizadas a la documentación.</li> </ul>



 <p>HUS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Empresa Social del Estado</p>	<b>PROCEDIMIENTO</b>		 <p>Calidad soy yo!</p>
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2



7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
9.	Lideres de Proceso	<p><b>Implementar las Acciones de Mejora planificadas</b></p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejecutar cada una de las acciones de mejora planteadas en el tiempo establecido, generando las evidencias de su cumplimiento, los cuales serán verificados en el seguimiento por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad.</li> </ul>
10.	Profesional de Planeación y Garantía de la Calidad	<p><b>Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones tomadas para el cierre del ciclo</b></p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa que el resultado sea el esperado, esta verificación se hace a través de seguimiento semestral, en los cuales se registran los soportes del avance, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo, En desarrollo, No iniciado o Atrasado, de esta manera se verifica la eficacia y eficiencia de las acciones de mejora.</li> <li>Registrar las barreras, problemas o limitantes presentados para el cumplimiento de la acción de mejora.</li> <li>Evaluar el comportamiento del indicador de resultado o el objetivo esperado definido anteriormente relacionado con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y el cumplimiento de la meta, de esta manera se verifica la efectividad de las acciones de mejora y pasar a la actividad 11.</li> <li>Las evidencias generadas por el cumplimiento de las acciones que se verifican en cada uno de los procesos, no serán requeridas en medio físico o magnético, <b>excepto</b> los soportes de cumplimiento del PAMEC para dar alcance a lo requerido por la Circular Externa 012 de 2016.</li> <li>Cuando la acción de mejora sea de fuente gestión del riesgo pasar a la actividad 10.</li> </ul>
11	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	<p><b>Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora de fuente Gestión del Riesgo</b></p> <p>Descripción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa que el resultado sea el esperado, esta verificación se hace a través de seguimiento semestral coherente con los periodos de corte institucionales (Primer y segundo semestre), en los cuales se registran los soportes del avance, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo, En desarrollo, No iniciado o Atrasado.</li> <li>Registrar las barreras, problemas o limitantes presentados para el cumplimiento de la acción de mejora.</li> <li>Evaluar el comportamiento del indicador de resultado o el objetivo esperado definido anteriormente relacionado con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y el cumplimiento de la meta.</li> <li>Una vez terminado el seguimiento entregarlo en el formato 05GC24 Plan Único de Mejora por Proceso PUMP a la Oficina Asesora de Planeación para que se realice la consolidación del PUMP</li> </ul>



	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

**7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES**

ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
12.	Profesional de planeación y garantía de la calidad	<p>Evaluar el cierre de ciclos de las acciones de mejora.</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar el cierre de ciclos de las acciones de mejora. Una acción de mejora cierra los ciclos si se alcanza la meta propuesta de acuerdo al indicador formulado o el objetivo esperado, y se da cierre al ciclo de mejoramiento. Si la acción de mejora No alcanza el cumplimiento de la meta u objetivo esperado, esta acción NO es efectiva, por tanto, queda abierto el ciclo de mejoramiento para una nueva formulación de acciones de mejora para este hallazgo en la vigencia siguiente.</li> </ul> <p>Si se presenta desacuerdo entre el Líder de Proceso y el Profesional de planeación y garantía de la calidad en el momento de la evaluación de la efectividad de las acciones, se puede acudir a una instancia superior del Líder del Proceso (Director, Jefe de Oficina Asesora o Gerente).</p> <p>Opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Si la acción de mejora fue efectiva, pasar a la actividad No. 13 (Evaluar el mejoramiento continuo por proceso)</li> <li>Si la acción de mejora no fue efectiva y queda abierta, pasar a la actividad No.4 (Describir la acción de mejora) esto quiere decir que inicia nuevamente el ciclo de mejora.</li> </ul>
13.	Profesional de planeación y garantía de la calidad	<p>Evaluar el mejoramiento continuo por proceso</p> <p>Descripción</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El mejoramiento continuo por proceso se mide a través de los siguientes indicadores.</li> <li><b>Indicador de avance del mejoramiento:</b> porcentaje de avance de cumplimiento, su fórmula (sumatoria del promedio de avance de los planes de mejora por proceso / número total de procesos con plan de mejora *100)</li> <li><b>Indicador de cumplimiento:</b> Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora, su fórmula es (Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo / Total de acciones de mejora programadas en el periodo *100)</li> <li><b>Indicador de Resultado:</b> Porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento, la fórmula es (Número de acciones cerradas en el periodo / Número total de acciones generadas en el periodo *100)</li> </ul>
14.	Profesional de planeación y garantía de la calidad.	<p>Elaborar y Comunicar informe</p> <p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Generar un informe semestral del porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora y el porcentaje de cierre de ciclos por proceso.</li> <li>Comunicar el informe semestral a cada Líder de Proceso, Directores y Jefes de Oficinas Asesoras.</li> <li>Los planes de mejora por procesos (consolidado), sus seguimientos y cierre, se publican en la intranet para que esté</li> </ul>

	<b>PROCEDIMIENTO</b>		
	PROCESO	GESTIÓN DE LA CALIDAD	
	NOMBRE:	FORMULACIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	
	CÓDIGO DEL DOCUMENTO:	02GC03-V4	
			05GC01-V2

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES		
ID	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
		<p>disponible para todos los colaboradores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los Directores y Jefes de Oficinas Asesoras incluirán dentro de la estructura del Informe de Gestión que se entrega a la Gerencia el ítem de porcentaje de avance del cumplimiento del Plan de Mejora por Proceso. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad incluirá dentro su Informe de Gestión el consolidado total del PUMP.</li> </ul> <p><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO</b></p>

8. MATERIALES NECESARIOS
Computador, registros soporte de los procesos, papelería y recurso humano.

9. CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	ÍTEM MODIFICADO	JUSTIFICACION
1	13/03/2015	Formato de plan de mejoramiento institucional	Nuevo formato de control documental
2	01/03/2016	Registros Descripción de actividades	Se da por obsoleto el formato 05GC16 registro de aspectos a mejorar Se define que los directores son los que van a evaluar la efectividad de las acciones de mejora y se incluye la definición de indicadores con meta establecida para evaluar la efectividad de las acciones.
3	05/06/2017	1. Objetivo y Alcance 7. Descripción de actividades	1. Se modifica el objetivo y alcance del procedimiento 7. Se alinean las acciones de mejora con el Modelo de Atención, Ejes de Acreditación y Objetivos Estratégicos Se adiciona que además de definir un indicador para el cierre de ciclos también se puede definir un objetivo para hacer el cierre de las acciones de mejora Se alinea el procedimiento con el TUCI (Tablero Único de Control de Indicadores), y el PNMCS (Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud)
04	29/06/2017	Descripción de Actividades	Se incluye la actividad "Enviar planes de mejora a la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad" para que se evidencie el control que se tiene sobre los planes de mejora y sus modificaciones no autorizadas

Estado de documento: <b>VIGENTE</b>	Fecha de próxima revisión: Cuatro años a partir de la fecha de elaboración.	Tipo de copia:	Nº	Tabla de Retención:	Página 10 de 10
-------------------------------------	---	----------------	----	---------------------	-----------------