

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204153-7 Lorica - Córdoba Cra 56 N°: 17-184 Tel: 7735686 - 7735481 Barrio San Pedro</p>	<p>CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005</p>		
	<p>PLANEACION</p>	<p>COD.</p>	<p>REF. resolucion</p>
	<p>ELABORO</p>	<p>N.L.A.M</p>	

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LA ESE.

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

DR. VICTOR MANUEL ARIZA PALMA
GERENTE

SANTA CRUZ DE LORICA, CORDOBA
2014

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. ELABORO	REF. resolucion N.L.A.M

1. POLITICA DE PLAN DE MEJORAMIENTO

La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL se compromete a implementar una cultura de mejoramiento en sus procesos, cuando se detecten variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño y/o resultado de estos, siguiendo el instructivo para la formulación y seguimiento de planes de mejoramiento de la entidad.

Introducción marco conceptual

2. OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas o de la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo.

3. PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Se caracterizan como aquellas acciones o elementos de control necesarias para corregir las desviaciones encontradas en la gestión de los procesos, con el fin de fortalecer el desempeño institucional y cumplir con la misión, visión, objetivos, principios y estrategias establecidos.

El Plan de Mejoramiento, es el instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprenderán para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, con el logro de los objetivos de la entidad y con el plan de gestión y de desarrollo institucional, mediante el proceso de evaluación realizada por cada líder de proceso, de la Auditoría Interna de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		COD.	REF. resolucion
			ELABORO	N.L.A.M

4. TIPOS DE PLANES DE MEJORAMIENTO

4.1. PLANES DE MEJORAMIENTOS INTERNOS

Constituye los planes que contienen las acciones de mejoramiento a nivel interno, que han de adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento en procura de los objetivos institucionales, estos se realizan dependiendo de los resultados de las evaluaciones o auditorias que se realizan en reunión de comités institucionales, proceso de acreditación, verificaciones de las áreas de calidad y control interno, las rondas de seguridad o cualquier otro proceso o procedimiento en el que se vea la necesidad de realizar dichas acciones disminuir o cerrar brechas.

4.2. PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS

Los Planes de Mejoramiento producto de la vigilancia de la gestión fiscal del Estado ejercida por la Contraloría General del departamento de Córdoba u otro ente externo, se regirán por los métodos y procedimientos que la norma prescriba.

Los Planes de Mejoramiento generados por la auditoría realizada por las Contralorías o cualquier otro ente externo operan de manera independiente a los planes de mejoramiento internos sin perjuicio que se puedan adoptar medidas similares y/o iguales.

5. FORMULACION Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El procedimiento que se realiza para la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento en la entidad es el siguiente:

 <p>E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL NIT. 800204133-7 Lorica - Córdoba Cra 56 N° 17-18A Tel: 7735686 - 7735481 Barrio San Pedro</p>	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
	COD.	REF. resolución	
	ELABORO	N.L.A.M	

No	Actividad	Descripción	Responsables
1	Identificar los Hallazgos	Identificación de los hallazgos, observaciones u oportunidades de mejora pueden ser originados por las siguientes fuentes de mejoramiento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoevaluación ✓ Auditoría efectuada por el área de Control Interno o quien haga sus veces ✓ Auditoría del Sistema de la calidad ✓ Auditoría Entes de Control Externos. ✓ Recomendaciones productos de reuniones de comités institucionales ✓ Rondas de seguridad del paciente 	Responsable del proceso donde se realizó la auditoria
2	Clasificación de los hallazgos	Clasificar los hallazgos, observaciones u oportunidades de mejora según el origen con el fin de determinar si es un plan de mejoramiento interno o externo y consignarlo en el formato solicitado.	Responsable del proceso donde se realizó la auditoria
3.	Identificación de acciones correctivas	Se identifican las acciones correctivas, preventivas o de mejora y se consignan en el formato del plan de mejoramiento utilizado	Responsable del proceso donde se realizó la

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
	COD.	REF. resolución	
	ELABORO	N.L.A.M	

			auditoria
4	Fechas de cumplimiento	Se establecen fechas en las que se debe desarrollar cada actividad o acción correctiva, este plazo no debe ser mayor de 3 meses y si se requiere mayor tiempo debe ser justificado.	Responsable del proceso donde se realizó la auditoria
5	Remisión de los planes de mejoramiento	Los planes de mejoramiento se deben remitir al área de control interno, quien es el responsable de realizar un seguimiento trimestral, al área de calidad cuando sean de autoevaluaciones o productos de auditorías de calidad, al referente de seguridad o el responsable de cada plan, dependiendo de dónde se efectuó el plan de mejora y a los responsables de efectuar acciones de mejora.	Responsable del proceso donde se realizó la auditoria
6.	Seguimiento trimestral	Realiza seguimiento trimestral, este seguimiento se debe realizar basado en la resolución 0132 de 2013 la cual en su Artículo 2 estipula: “Autocontrol y Autoevaluación: el área administrativa, asistencial, oficinas asesoras y dependencias del hospital, en desarrollo del ejercicio del autocontrol y la autoevaluación deberán evaluar por si mismas periódicamente, el cumplimiento	Control interno

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		COD.	REF. resolución
			ELABORO	N.L.A.M

		de los planes operativos anuales, los planes de mejoramiento y/o manejo de riesgos, los cuales serán evaluados mínimo trimestralmente por el área asesora de Control Interno” o semestral según sea el caso del cumplimiento y remitir el resultado del seguimiento a los Responsables de procesos	
7	Monitoreo	El monitoreo a los Planes de mejoramiento vigentes, se hará paralelamente con la verificación de los informes de avance de los POA.	Responsable del proceso donde se realizó la auditoria. Control interno
8	Cierre	Cuando en la evaluación el encargado de hacer la verificación, encuentra que la actividad se cumplió se debe hacer el cierre del hallazgo	Control interno

6. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO O FORMULACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

Instrucciones o Definiciones

FECHA: Fecha de la suscripción del plan de mejoramiento

OBJETIVO: Refleja el propósito que tiene el cumplir con la acción emprendida para corregir las situaciones que se deriven de los hallazgos.

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. ELABORO	REF. resolucion N.L.A.M

- META:** Valor cuantificables que permitan medir el avance y cumplimiento de la actividad
- QUE:** El hallazgo encontrado
- QUIEN:** Responsable de realizar las actividades para eliminar el hallazgo
- CUANDO:** Fecha en que se tiene programado realizar la actividad para mitigar o eliminar el hallazgo
- DÓNDE:** Lugar donde se realiza la actividad
- POR QUÉ:** Propósito de la actividad
- COMO:** Pautas para la realización de la actividad con que se eliminara el hallazgo.

Formato del plan de mejoramiento interno

PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO						
FECHA						
OBJETIVO						
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	POR QUE	META

7. FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS

NOMBRE DEL PROCESO:			
ESTANDAR			
OBJETIVO			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS SEGÚN LA META	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS META

NOMBRE DEL PROCESO: proceso donde ocurrió la falla

ESTANDAR: aplica a los casos cuando se realicen planes de mejoramiento del proceso de acreditación

	CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL MECI 1000:2005 PLANEACION		
		COD. ELABORO	REF. resolucion N.L.A.M

OBJETIVO: Refleja el propósito que tiene el cumplir con la acción emprendida para corregir las situaciones que se deriven de los hallazgos

ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO: recopilar las actividades que apliquen y que hacen parte del plan de mejoramiento

ACTIVIDADES EJECUTADAS SEGÚN LA META: de las actividades propuestas para el periodo, cuales se cumplieron

PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON: definir los inconvenientes que se presentaron en el periodo para la ejecución de las actividades

CAMBIOS EN LAS META: redefinir cambios en la meta propuesta en el plan de mejoramiento en caso justificables.