



INFORME AVANCE DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MECI 2014

ACTUALIZACIÓN MECI 2014 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Representante De La Alta Dirección / Equipo MECI

Bucaramanga

22 de Diciembre de 2014

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO





Contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	4
FASE DE CONOCIMIENTO	4
FASE DIAGNOSTICO	4
FASE DE PLANEACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN	4
FASE DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO.....	5
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA ESE HUS.	5
PLANEACION.....	5
EJECUCIÓN.....	6
RESUMEN GRAFICO ESTADO GENERAL DE DESARROLLO	7
RESUMEN DE RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	7
EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS AJUSTES PARA LA ACTUALIZACIÓN.	21
AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN	21



INTRODUCCIÓN

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso, promueve una estructura uniforme, que debe ser adaptada a las necesidades específicas de la entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios.

El desarrollo de las actividades de implementación, actualización y fortalecimiento del modelo estándar de control interno MECI 2014 implica la participación de todos los servidores de la entidad, como responsables del control en la ejecución de sus actividades, buscando garantizar razonablemente el cumplimiento de los objetivos institucionales, armonizando su trabajo con la coordinación de acciones, la oportunidad en la información suministrada y comunicada, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las desviaciones de los resultados esperados.

Entre la principal novedad que trae la actualización del modelo, se encuentra que los tres subsistemas de control a los que se refería la versión anterior se convierten en dos Módulos de Control, que sirven como unidad básica para ejecutar el control a la planeación y la gestión institucional, y a la evaluación y seguimiento. A partir de esta modificación, la información y comunicación se convierten en un eje transversal al Modelo, teniendo en cuenta que hacen parte de todas las actividades de control de la entidad. De esta manera se tiene:

- ✓ **Control de la Planeación y Gestión:** Este módulo busca agrupar los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas al igual que los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión dentro de los que se encuentran: Talento Humano, planes, programas, procesos, indicadores, procedimientos, recursos, y administración de riesgos.
- ✓ **Control de Evaluación y Seguimiento:** Agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación, evaluación y seguimiento.
- ✓ **Eje transversal:** Información y Comunicación.¹

De acuerdo al desarrollo de las actividades correspondientes a la actualización y fortalecimiento del modelo estándar de control interno MECI 2014; actualizar el modelo estándar de control interno MECI en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, se presenta el primer informe de avances correspondiente a la planeación e implementación del MECI 201 en la ESE HUS.

¹MANUAL TÉCNICO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 2014, página 7,8.



OBJETIVO

Informar a la alta dirección los avances en la planificación e implementación de la actualización del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014 en la ESE HUS.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

En cumplimiento a las directrices impartidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), según la Resolución número 943 del 21 de mayo de 2014 y lo establecido en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, se aplicó en la ESE HUS el Anexo 4: Formato fase diagnóstico diseñado por el DAFP, para la realización del diagnóstico del modelo estándar de control interno conforme a la nueva estructura MECI 2014, se aplicó el formato institucional plan de mejoramiento continuo código GC-R-48 para enlistar las actividades producto del diagnóstico, que permitirán a la ESE HUS dar razonable cumplimiento a los requisitos mínimos de la actualización del MECI 2014.

FASE DE CONOCIMIENTO

En esta fase, la ESE HUS identificó y comprendió las dimensiones de los cambios, y efectuó las sensibilizaciones necesarias para que los servidores públicos conocieran de manera general la actualización del Modelo.

Se capacitó al Grupo de Trabajo MECI, incluyendo a los líderes y un profesional de cada uno de los procesos institucionales. Esto se llevó a cabo a través de jornadas de capacitación, las cuales estuvieron a cargo del grupo de formación, quien a través de profesionales presentó al grupo la nueva estructura.

FASE DIAGNOSTICO

En esta fase la ESE HUS identificó los principales cambios surtidos en el proceso de actualización con respecto al estado del sistema en la actualidad, e integró las actividades adelantadas en cada uno de sus procesos aplicando el Anexo 4: Formato para la fase de diagnóstico. Se evaluaron los elementos de control y sus componentes o productos mínimos requeridos para la actualización, se adaptó el formato a la necesidades particulares de la ESE HUS, y se diseñó un aplicativo a través de la plataforma Office Microsoft Excel y la herramienta de comunicación Outlook, por medio de su plataforma para la administración de datos OneDrive. Este aplicativo permitió la entrega de soportes y calificación del diagnóstico en línea, para superar así las barreras de la distancia y desplazamiento, lo cual permitió agilizar esta fase. Además se elaboró una matriz DOFA por cada uno de los elementos de control para facilitar el análisis de los factores claves del éxito y la elaboración de planes de mejora.

La evaluación y revisión al cumplimiento de esta fase estuvo a cargo de los procesos de Gestión de Mejoramiento Continuo y Gestión de Auditoría para el Mejoramiento.

FASE DE PLANEACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN

En esta fase la ESE HUS elaboró un listado de las actividades producto del diagnóstico para la actualización, se utilizó el formato institucional para planes de mejoramiento continuo código GC-R-48, con el objetivo de sistematizar la planeación de la actualización utilizando la herramienta de comunicación Outlook, por medio de su plataforma para la administración de datos OneDrive, se diseñó un aplicativo para la administración de los datos a través de la plataforma Office Microsoft Excel, mediante este se lleva a cabo el seguimiento al cumplimiento de las actividades facilitando las labores de análisis, en este se consignaron las actividades priorizadas que deben ser ejecutadas en cada uno de los procesos según corresponda, dando cumplimiento a los requisitos mínimos del modelo estándar de control interno MECI 2014.



El formato fue aplicado por los líderes y colaboradores de los procesos de: Gestión directiva, Gestión mejoramiento continuo, Gestión del talento humano, Gestión de auditoría para el mejoramiento, Gestión integral de la información y Gestión de la comunicación organizacional, apoyados por un facilitador quien participó activamente en la generación de observaciones que orientaron la planeación de las acciones a los requisitos del MECI 2014. Las actividades fueron priorizadas según el estado de desarrollo en la institución, se les asignó un responsable, un ejecutor y un plazo para su implementación.

FASE DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

En esta fase, la ESE HUS ejecutó la implementación de las acciones definidas en el plan para la actualización y se realizó el seguimiento al cumplimiento de las acciones, en los casos en que fue necesario se tomaron los correctivos necesarios con el fin de garantizar el cumplimiento de los resultados esperados, para esto se hizo uso del aplicativo diseñado en la fase de planeación de la actualización.

La evaluación y revisión al cumplimiento de esta fase estuvo a cargo del proceso de Gestión de Auditoría para el Mejoramiento.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA ESE HUS.

PLANEACION

La alta dirección manifiesta su compromiso para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 mediante acta de compromiso del Comité de Control Interno, consecutivo número 2 de 2014. Se manifestó la necesidad de iniciar las actividades de actualización del MECI, para cumplir con las fechas establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), y se menciona que se hará uso del personal de la Institución para la actualización del MECI en pro de involucrar activamente a los líderes de los equipos y sus colaboradores.

Para la actualización del Sistema de Control Interno MECI 2014 se designa al jefe de la oficina asesora de calidad, como representante de la alta dirección y se ajusta el grupo operativo al modelo de operación por procesos los anteriores cumplen con los roles y responsabilidades que trata el manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014 y otros contemplados por la institución, lo anterior a partir de la vigencia de la resolución número 326 del 27 de agosto de 2014 por medio de la cual se Actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) 2014 en la ESE HUS.

Se capacitó un grupo de 40 personas representantes de cada uno de los procesos de la Institución, incluyendo líderes, profesionales y quienes integran el equipo MECI, a través del grupo de formación de la Entidad. Dentro de esta etapa se ejecutaron dos jornadas de capacitación con respecto a las bases conceptuales y metodológicas del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, con una intensidad horaria de 4 horas cada una.



EJECUCIÓN

Mediante oficio número 104-OC-1216-2014, del día 26 de septiembre de 2014, los procesos de gestión del mejoramiento continuo y gestión de auditoría para el mejoramiento, envían cronograma para la realización del diagnóstico MECI 2014, el cual fue remitido a los siguientes procesos:

- ✓ Gestión Directiva
- ✓ Gestión De Comunicación Institucional
- ✓ Gestión De Mercadeo
- ✓ Gestión De Talento Humano
- ✓ Gestión Adquisición De Bienes Y Servicios
- ✓ Gestión Integral De La Información
- ✓ Gestión Financiera

Las actividades de diagnóstico fueron ejecutadas por los líderes y colaboradores de los procesos, apoyados por el facilitador en el análisis y búsqueda de los soportes para calificar, digitalizar, cargar la información y uso del aplicativo para el diagnóstico MECI 2014.

Los líderes de los procesos y sus colaboradores calificaron el formato para el diagnóstico MECI 2014, anexo al manual técnico del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014, y se validó la calificación con la evidencia encontrada, se empleó además la metodología DOFA para analizar cada uno de los elementos de control con el fin de que los funcionarios pudiesen evidenciar sus debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades con respecto a la actualización.

Para el diligenciamiento del formato, se requirió de la participación de mínimo dos funcionarios adscritos al proceso involucrado, la información se consolidó en el aplicativo para el diagnóstico MECI 2014, el cual permitió almacenar los datos referentes a la calificación, y los soportes de desarrollo. Lo anterior se realizó por medio de la plataforma de trabajo Microsoft Office Excel, y la plataforma para administración de documentos en línea OneDrive suscrita al correo electrónico calidadesehus@outlook.com, permitiendo establecer el estado actual con respecto de la actualización del modelo.

El resultado general de la aplicación del diagnóstico establece el estado actual del Sistema de Control Interno con respecto de los principales cambios surgidos en la actualización del modelo, permitiendo establecer lo que se ha adelantado en la implementación.

Se calificó y se ponderó el estado actual de implementación en la escala establecida por el DAFP, lo que permitió apreciar el estado de desarrollo de la institución, a través de la siguiente escala:

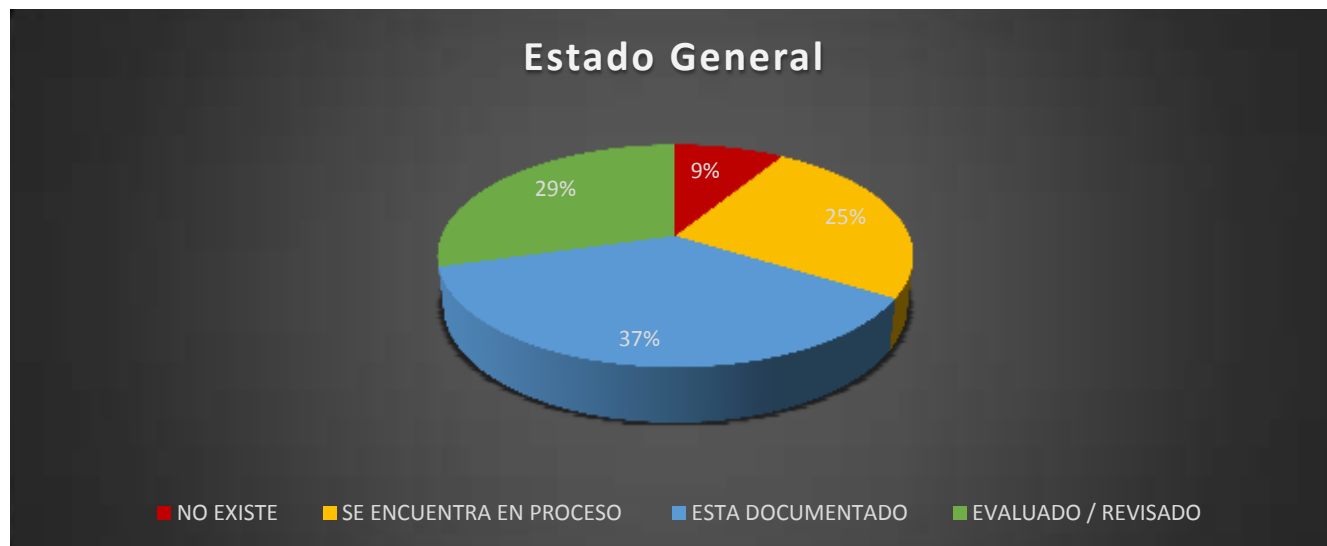
- ✓ No existe
- ✓ Se encuentra en procesos
- ✓ Está documentado
- ✓ Evaluado y revisado

La Institución obtuvo la siguiente calificación según la escala mencionada. Un 9% de no existencia de los componentes o elementos mínimos; un 25% se encuentra en proceso, lo cual indica que la institución actualmente está realizando actividades relacionadas con el desarrollo del elemento en cuestión; un 37% de los elementos mínimos se encuentran documentados, lo que indica que con lo relacionado al desarrollo del elemento de control o componente ha sido validado en alguna instancia en la Institución y que se cuenta con evidencia para soportar dicha validación; y por último la institución ha evaluado y revisado el desarrollo del 29% de los elementos de control o los componentes, lo cual indica que se ha cumplido



por lo menos una vez el ciclo PHVA para el elemento en cuestión y se cuenta con la evidencia para soportar dicha evaluación y revisión.

RESUMEN GRAFICO ESTADO GENERAL DE DESARROLLO



Se calificó la escala según la evidencia encontrada sobre el desarrollo de cada uno de los elementos de control, lo cual dio los resultados anteriormente mencionados. Esto es un indicativo de la existencia de oportunidades de mejora, las cuales son necesarias para el cumplimiento de cada uno de los elementos de control.

A continuación se presentan los resultados de la aplicación del diagnóstico. Estos se dividen en dos partes, una según el estado general que permite visualizar el nivel de implementación de los cambios surtidos en la actualización, y otra según el estado por elemento de control que permite visualizar la implementación de cada uno de ellos y su calificación individual.

RESUMEN DE RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA MECI 2014 EN LA ESE HUS			
NO EXISTE	SE ENCUENTRA EN PROCESO	ESTA DOCUMENTADO	EVALUADO / REVISADO
Porcentaje de participación general del sistema según el estado			
9%	25%	37%	29%
PARTICIPACIÓN SEGÚN ELEMENTO DE CONTROL / ESTADO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS			
25%	0%	25%	50%
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO			
0%	13%	50%	37%



PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS			
0%	50%	33%	17%
MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS			
0%	57%	14%	29%
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL			
50%	50%	0%	0%
INDICADORES DE GESTIÓN			
0%	100%	0%	0%
POLÍTICAS DE OPERACIÓN			
0%	0%	100%	0%
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS			
0%	0%	40%	60%
AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL			
40%	0%	20%	40%
AUDITORÍA INTERNA			
0%	20%	20%	60%
PLAN DE MEJORAMIENTO			
0%	50%	50%	0%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA			
11%	22%	33%	33%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA			
20%	40%	40%	0%
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN			
0%	0%	83%	17%

La calificación aumento en algunos de los elementos puesto que al momento de realizar la calificación no fue posible soportar el estado actual de desarrollo por lo cual el elemento en cuestión recibió una calificación inferior que no representaba la realidad del estado de desarrollo del elemento en cuestión, posteriormente los líderes de los procesos y sus colaboradores soportaron la calificación y esta aumento representando así la realidad del estado de desarrollo; los datos anteriores no muestran este aumento en la calificación, estos fueron contemplados en la fase de planeación.

La información consolidada en el aplicativo para el diagnóstico MECI 2014 sirvió como insumo para la elaboración del informe fase diagnóstico, el cual presenta las características del Sistema de Control Interno de la Institución comparado con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Mediante oficio número 104-OC-1434-2014 del día 12 de noviembre de 2014, los procesos de gestión del mejoramiento continuo y gestión de auditoría para el mejoramiento, solicitan la creación de los planes de mejoramiento que den cumplimiento a las observaciones generadas en la fase de diagnóstico, a los siguientes procesos:



- ✓ Gestión Directiva
- ✓ Gestión De Comunicación Institucional
- ✓ Gestión De Mercadeo
- ✓ Gestión De Talento Humano
- ✓ Gestión Adquisición De Bienes Y Servicios
- ✓ Gestión Integral De La Información
- ✓ Gestión Financiera

Los líderes de los procesos y sus colaboradores elaboraron los planes de mejora contemplado las observaciones generadas en la fase de diagnóstico. Las actividades planteadas fueron establecidas utilizando el formato GC-R-48 plan de mejoramiento continuo. La ESE HUS a través de su autoevaluación institucional de estándares de acreditación genero 11 planes de mejoramiento continuo que se componen de 290 acciones de mejoramiento, con el objetivo de dar cumplimiento a los requisitos en acreditación hospitalaria; con el propósito de articular la actualización del MECI con los demás proceso de la institución se complementaron los planes de mejora de la actualización del modelo estándar de control interno con acciones que fueron planteadas para la acreditación hospitalaria y que su objetivo coincidía con el objetivo del MECI.

La información se consolidó en el aplicativo para la planeación de la actualización MECI 2014, el cual permitió almacenar los datos referentes a las 55 acciones de mejora priorizadas, sus responsables, propósitos, plazos, soportes del seguimiento y su estado de desarrollo. Lo anterior se realizó por medio de la plataforma de trabajo Microsoft Office Excel, y la plataforma para administración de documentos en línea OneDrive suscrita al correo electrónico calidadesehus@outlook.com, permitiendo establecer la planeación para la actualización del MECI 2014.

El resultado general de la fase de planeación de la actualización establece las actividades que los procesos deberán ejecutar para dar cumplimiento razonable a los requisitos mínimos de la actualización del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014, se establecieron las siguientes acciones:

Que	Quien	Porque	Como
Garantizar el análisis y la intervención dentro del comité de ética hospitalaria de los casos especiales de riesgo potencial o vulneración de los derechos de los usuarios a fin de contribuir al ejercicio de los mismos.	Gestión Directiva Jefe Oficina Asesora de Calidad	3. Estándar Código: (AsDP3) La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	Revisar y ajustar las funciones del código de ética y buen gobierno.
Garantizar el análisis y la intervención dentro del comité de ética hospitalaria de los casos especiales de riesgo potencial o vulneración de los derechos de los usuarios a fin de contribuir al ejercicio de los mismos.	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Equipo de Humanización	Se deben proporcionar instancias de participación para todos los colaboradores donde se dé a conocer de manera permanente aspectos éticos y se verifique su comprensión.	Elaborar y aprobar el procedimiento para la notificación de casos de riesgo o vulneración de derechos de los usuarios al comité de ética hospitalaria de la ESE HUS.
Garantizar el análisis y la intervención dentro del comité de ética hospitalaria de los casos especiales de riesgo potencial o vulneración de los derechos de los usuarios a fin de contribuir al ejercicio de los	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Equipo de Humanización	Se deben proporcionar instancias de participación para todos los colaboradores donde se dé a conocer de manera permanente aspectos éticos y se verifique su comprensión.	Socializar a los distintos servicios asistenciales y administrativos de la ESE HUS, el procedimiento elaborado y aprobado para la notificación de casos especiales de riesgo o



mismos.			vulneración de los derechos de los usuarios.
Garantizar el análisis y la intervención dentro del comité de ética hospitalaria de los casos especiales de riesgo potencial o vulneración de los derechos de los usuarios a fin de contribuir al ejercicio de los mismos.	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Equipo de Humanización	Se deben proporcionar instancias de participación para todos los colaboradores donde se dé a conocer de manera permanente aspectos éticos y se verifique su comprensión.	Implementar, hacer seguimiento y evaluar el procedimiento para la notificación de casos especiales de riesgo o vulneración de los derechos de los usuarios.
Ajustar los principios y valores de la ESE HUS	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Equipo de Humanización	Los lineamientos de carácter ético deben reflejar el actuar de los colaboradores de la ESE HUS.	Ajustar los principios y valores, siendo estos concertados a través de elección por parte de los colaboradores, realizando actividades que involucren la participación de los funcionarios de la entidad, de tal manera que los colaboradores de la entidad se sientan identificados con los lineamientos de carácter ético.
Diseñar, documentar e implementar un instructivo de manejo de situaciones de comportamiento agresivo y abusivo por parte del usuario y su familia a colaboradores, y a su vez, del colaborador hacia ellos.	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	Estándar 97. Código: (GER.10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	Definir y documentar un instructivo o manual, en el que se especifiquen normas de buen comportamiento, se defina que son y que no son conductas agresivas y se establezcan los pasos a seguir en el manejo de situaciones de comportamiento agresivo y abusivo hasta la resolución del mismo.
Diseñar, documentar e implementar un instructivo de manejo de situaciones de comportamiento agresivo y abusivo por parte del usuario y su familia a colaboradores, y a su vez, del colaborador hacia ellos.	Gestión del Talento Humano Grupo de Formación de Talento Humano	Estándar 97. Código: (GER.10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.	Realizar la divulgación/socialización del manual o instructivo con las personas que lo deben conocer, dejando evidencia de la misma.



Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.	Gestión del Talento Humano Grupo GAF y Grupo de Formación de Talento Humano	Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.	Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.
Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma permanente y aplicable a todos los sistemas de contratación.	Gestión del Talento Humano	Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.	Consolidar la información suministradas por las áreas de la identificación de las necesidades de capacitación generales, específicas y conciliadas con las empresas contratista a partir de los resultados de las auditorias.
Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma permanente y aplicable a todos los sistemas de contratación.	Gestión del Talento Humano	Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.	Hacer seguimiento al cumplimiento del procedimiento de formación a terceros y contratistas en forma permanente (GTH-PR-9)
Definir los temas de evaluación de desempeño a todos los colaboradores de la entidad	Gestión de Hospitalización	Estándar 109. Código: (TH7) La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores y terceros subcontratados.	Definir los parámetros y hacer seguimiento a la evaluación del desempeño a todos los colaboradores de la Institución.
Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia	Gestión del Talento Humano Grupo GAF y Grupo de Formación de Talento Humano	Estándar 115. Código: (TH13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	Difundir la misión institucional y el mapa de procesos a todos los colaboradores del hospital.



Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia	Gestión de la Investigación Grupo de Formación de Talento Humano	Estándar 115. Código: (TH13) Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	Evaluar el conocimiento y la comprensión de la misión institucional y el mapa de procesos
Consultar frecuentemente páginas WEB de instituciones oficiales	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	Actualizar y aplicar periódicamente los cambios normativos.	Como mínimo una vez al mes se consultará las páginas WEB de la Comisión Nacional del Servicio Civil y la del Departamento Administrativo de la Función Pública.
Establecer programa de Bienestar Social	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	Propiciar condiciones para el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios generando espacios de conocimiento, esparcimiento e Integración, así como promover el aumento de los niveles de satisfacción, eficacia y efectividad y el sentido de pertenencia de los servidores públicos con la ESE HUS.	Recopilar información de las necesidades del personal priorizar, establecer el programa y elevarlo a acto administrativo para su ejecución.
Adoptar mediante acto administrativo el Plan de Incentivos.	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	Reconocer la gestión, a través del reconocimiento del desempeño a los servidores de la Institución	Incluir dentro del Plan de Bienestar el sistema de estímulos para los funcionarios de la Institución.
Informar acerca de la planeación de la entidad a todos los colaboradores.	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Se debe dar a conocer la planeación de la entidad a todos los colaboradores, sin importar el proceso al que pertenece.	Establecer una sección en la página web institucional denominada planeación y ejecución en la cual se cargaran los diferentes proyectos e informes de ejecución trimestralmente.
Fortalecer el proceso de inducción y re-inducción del personal en formación, colaboradores y funcionarios, Junta directiva, personal directivo, proveedores y terceros.	Gestión de la Comunicación Organizacional	Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.	Establecer estrategias lúdicas, por pequeños grupos de funcionarios, de divulgación del plan estratégico y del Plan operativo anual en los niveles operativos de la institución.



Fortalecer el proceso de inducción y re-inducción del personal en formación, colaboradores y funcionarios, Junta directiva, personal directivo, proveedores y terceros.	Gestión del Talento Humano	Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización.	Medir la adherencia del conocimiento adquirido, en el personal de la institución que ha recibido capacitación, y tomar acciones de acuerdo a los resultados obtenidos.
Socializar y difundir la información referente al modelo de operación por procesos.	Gestión del mejoramiento Grupo de procesos	Se deben generar instrumentos, eventos de difusión y actividades donde se socialice y difunda la información referente al mapa de proceso y los procedimientos de la entidad.	Establecer un programa de capacitación que incluya a todos los colaboradores, se debe evaluar el entendimiento de los colaboradores. Este programa debe incluir como mínimo lo referente a las generalidades del modelo de operación por procesos, los procedimientos, los controles, la mejora y la gestión documental del mismo.
Socializar y difundir la información referente al modelo de operación por procesos.	Gestión del mejoramiento Grupo de procesos	Se deben generar instrumentos, eventos de difusión y actividades donde se socialice y difunda la información referente al mapa de proceso y los procedimientos de la entidad.	Establecer mecanismos por medio de los cuales se comuniquen los cambios a la documentación del modelo de operación por procesos buscando garantizar la comprensión por los colaboradores.
Evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios ofrecidos por los procesos	Gestión del mejoramiento Grupo de procesos	Se deben generar procedimientos que permitan a la ESE HUS evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios ofrecidos por los procesos, así como su respectivo seguimiento.	Establecer procedimientos para la medición de la satisfacción de los clientes por parte de los procesos, debe incluir como mínimo los parámetros de calidad, mecanismos de evaluación, instancias de participación, evaluación de la satisfacción y seguimiento.
Documentar las Fichas técnicas de indicadores de proceso	Gestión del mejoramiento Grupo de proceso	Se deben establecer las fichas técnicas de los indicadores de procesos.	Solicitar a los líderes de los procesos la elaboración de las fichas técnicas de los indicadores de los procesos.



<p>Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.</p>	<p>Gestión del Mejoramiento continuo Grupo de procesos</p>	<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>Realizar fichas técnicas para los indicadores de las políticas gerenciales.</p>
<p>Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.</p>	<p>Gestión Directiva Profesional esp. Unidad Funcional de Recursos Financieros</p>	<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>Fortalecer, a través de los procesos, la operativización de las políticas y socializar con el personal que debe conocer y medir los indicadores gerenciales, e iniciar la implementación de los mismos.</p>
<p>Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.</p>	<p>Gestión Directiva Profesional esp. Unidad Funcional de Recursos Financieros</p>	<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>Medir tendencias de los indicadores gerenciales y tomar acciones a partir de estos resultados.</p>
<p>Documentar un procedimiento para la evaluación anual de la gestión clínica.</p>	<p>Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad</p>	<p>Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace</p>	<p>Documentar un manual para la elaboración, implementación y evaluación de los indicadores, en donde se haga énfasis en aquellos que medirán la gestión clínica de la institución.</p>



		seguimiento	
Documentar un procedimiento para la evaluación anual de la gestión clínica.	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento	Realizar, trimestralmente, el análisis de los indicadores establecidos en el manual a través de comités primarios de cada proceso, tomando acciones pertinentes para la mejora continua.
Incorporar en el Plan operativo anual los proyectos de gestión de los procesos misionales con indicadores de resultados que serán evaluados trimestralmente.	Gestión Directiva Subgerente Administrativo y Financiero	Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	Verificar el cumplimiento de los objetivos de los procesos a través de indicadores de eficiencia evaluado trimestralmente.
Incorporar en el Plan operativo anual los proyectos de gestión de los procesos misionales con indicadores de resultados que serán evaluados trimestralmente.	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.	Seguimiento y análisis de los resultados de indicadores y toma de acciones de acuerdo a ellos.
Capacitación acerca de la metodología formulada por el DAFP para la Administración del Riesgo a los responsables de los procesos del HUS.	Profesional Universitario Control Interno	Incorporar la administración del riesgo al interior de la ESE HUS como una política de gestión por parte de la alta dirección y cuenta con la participación y respaldo de todos los servidores públicos	Capacitación personalizada a cada líder de proceso en la identificación, análisis, valoración y generación de políticas de administración del Riesgo.
Actualización Mapa de Riesgos por proceso	Profesional Universitario Control Interno	Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los mismos.	Conformación de equipos de trabajo por proceso que deben realizar las siguientes actividades: Identificación del Riesgo Análisis del Riesgo Valoración del Riesgo Políticas de Administración del Riesgo.
Seguimiento trimestral a la Administración del Riesgo	Comité de Control Interno HUS Profesional Universitario Control Interno	Asegurar que las acciones se están llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación.	Adelantar revisiones sobre la marcha para evidenciar todas aquellas situaciones o factores que pueden estar influyendo en la aplicación de las acciones preventivas e informar en el Comité de Control Interno para desarrollar propuestas de



mejoramiento y tratamiento a las situaciones detectadas.

Fortalecer la gestión integral del mejoramiento continuo de la calidad en el Hospital Universitario de Santander, logrando la articulación de todos los frentes de mejora en el marco de la acreditación y asegurar el mantenimiento de las mejoras producto de la implementación de los diferentes planes de mejoramiento.	Gestión del Mejoramiento continuo Grupo de Acreditación	Estándar 158. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	Documentar el proceso para comunicar y mantener las mejoras producto de los planes de mejoramiento
Fortalecer la gestión integral del mejoramiento continuo de la calidad en el Hospital Universitario de Santander, logrando la articulación de todos los frentes de mejora en el marco de la acreditación y asegurar el mantenimiento de las mejoras producto de la implementación de los diferentes planes de mejoramiento.	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	Estándar 158. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	Fortalecer la comunicación institucional de los logros alcanzados en cada ciclo de mejora.
Fortalecer la gestión integral del mejoramiento continuo de la calidad en el Hospital Universitario de Santander, logrando la articulación de todos los frentes de mejora en el marco de la acreditación y asegurar el mantenimiento de las mejoras producto de la implementación de los diferentes planes de mejoramiento.	Gestión del Mejoramiento continuo Grupo de Acreditación	Estándar 158. Código: (MCC5): Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.	Realizar auditorías periódicas para monitorear el grado de mantenimiento de las mejoras logradas en cada ciclo.
Actualizar los procedimientos para ejecutar el seguimiento y la evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejora	Gestión del Mejoramiento continuo PAMEC	Se deben actualizar los procedimientos para ejecutar el seguimiento y la evaluación.	Actualizar los procedimientos para ejecutar el seguimiento y la evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejora que sean aplicables a todos los procesos.



<p>Establecer un procedimiento mediante el cual se aprueben los planes de mejora</p>	<p>Gestión del Mejoramiento continuo PAMEC</p>	<p>Se debe establecer un procedimiento mediante el cual se aprueben los planes de mejora</p>	<p>Se debe establecer un procedimiento mediante el cual se aprueben los planes de mejora, incluyendo la asignación de recursos necesarios para la ejecución de las acciones, medidas de seguimiento, indicadores de cumplimiento y seguimiento de la mejora en los cuales se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad.</p>
<p>Establecer mecanismos a través de los cuales el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos</p>	<p>Gestión del mejoramiento continuo SIAU</p>	<p>Para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional, se debe habilitar un enlace de ayuda en donde se detallen las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, así mismo, se debe habilitar un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.</p>	<p>Establecer un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.</p>
<p>Habilitar un enlace de ayuda para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional.</p>	<p>Gestión del mejoramiento continuo SIAU</p>	<p>Para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional, se debe habilitar un enlace de ayuda en donde se detallen las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, así mismo, se debe habilitar un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.</p>	<p>En la sección de peticiones quejas y reclamos de la página web, se debe crear un enlace de ayuda donde se detallen como mínimo las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el código contencioso administrativo.</p>



<p>Publicar los presupuestos de ingresos, gastos y sus ejecuciones en la página web.</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional</p>	<p>En cumplimiento a lo establecido por Gobierno en Línea se debe publicar el presupuesto en ejercicio que corresponde al aprobado de acuerdo con las normas vigentes aplicables por tipo de entidad. Se debe publicar los presupuestos de ingresos y gastos y sus ejecuciones al menos trimestralmente.</p>	<p>La Oficina Asesora de Desarrollo Institucional, abrirá en la página web una sección denominada "presupuestos y finanzas" en la cual se publicarán los presupuestos, gastos y su ejecución al menos trimestralmente.</p>
<p>Actualizar los documentos del sistema de gestión de calidad en la intranet.</p>	<p>Gestión del mejoramiento Grupo de proceso</p>	<p>Debe sistematizarse, en lo posible la consulta de los documentos del sistema de gestión de calidad y el archivo, lo cual es de importancia para el funcionamiento de la ESE HUS.</p>	<p>Actualizar los documentos del modelo de operación por procesos en la intranet para la consulta de los mismos, se debe evaluar periódicamente el estado de actualización de los documentos en la intranet.</p>
<p>Publicar formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional</p>	<p>Deben publicarse en la página web los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.</p>	<p>Establecer una sección de trámites de los ciudadanos en la cual se pueda publicar dicha información, la misma debe ser enviada por las diferentes áreas y procesos involucrados con atención a los usuarios, familiares y público en general.</p>
<p>Socializar y aplicar el plan gerencia de la información en cada uno de los procesos que genera indicadores normativos.</p>	<p>Gestión Integral de la Información</p>	<p>Estándar 141. Código: (GI2) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información.</p>	<p>Documentar los procedimientos que conforman el plan de gerencia de la información que incluye: los mecanismos que garanticen razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información.</p>
<p>Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.</p>	<p>Gestión del Talento Humano Grupo GAF y Grupo de Formación de Talento Humano</p>	<p>Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.</p>	<p>Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.</p>



<p>Actualizar la política de comunicación</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional</p>	<p>La ESE HUS debe establecer una política de comunicación con los usuarios internos y externos.</p>	<p>Actualizar la política de comunicación con los usuarios, la cual debe contener como mínimo la matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria.</p>
<p>Documentar y socializar el mecanismo de consolidación e integración de la información asistencial y administrativa de la entidad, que unifique el procedimiento y medir la gestión de cumplimiento.</p>	<p>Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI</p>	<p>Estándar 147. Código: (GI8) Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.</p>	<p>Definir el proceso institucional de transmisión, captación, consolidación y análisis de la información.</p>
<p>Documentar y socializar el mecanismo de consolidación e integración de la información asistencial y administrativa de la entidad, que unifique el procedimiento y medir la gestión de cumplimiento.</p>	<p>Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI</p>	<p>Estándar 147. Código: (GI8) Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.</p>	<p>Socializar el proceso de flujo de la información.</p>
<p>Actualizar el proceso de gestión documental de acuerdo al manual de imagen</p>	<p>Profesional Universitario de Gestión Documental</p>	<p>Articular los procedimientos de Gestión Documental con el área de Desarrollo Institucional</p>	<p>Revisión de procedimientos de Gestión documental de acuerdo a los lineamientos definidos en el manual de imagen.</p>
<p>Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal.</p>	<p>Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI</p>	<p>La ESE HUS debe Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos, incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal. Se debe documentar el uso de los sistemas de información.</p>	<p>Incluir en los programas de inducción, re-inducción y capacitación el uso de los recursos disponibles (sistemas de información).</p>
<p>Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal.</p>	<p>Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI</p>	<p>La ESE HUS debe Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos, incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal. Se debe documentar el uso de los sistemas de información.</p>	<p>Incluir en el Plan de Gerencia de la Información los parámetros de calidad (requerimientos del cliente), seguridad y el uso de los recursos disponibles, incluyendo aplicaciones, información, infraestructura y personal.</p>



<p>Fortalecer la interventoría de contratos de tercerización de servicios, mediante la conformación de un equipo interdisciplinario que incluya una representación de los procesos gestión de talento humano, gestión financiera, gestión de adquisición de bienes y servicios, y gestión de auditoría para el mejoramiento, en conjunto con el proceso gestor.</p>	<p>Gestión del Talento Humano</p>	<p>Estándar 100. Código: (GER.13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:</p>	<p>Socializar el manual de interventoría institucional</p>
<p>Fortalecer en el equipo de salud especialmente en el ámbito médico la política de humanización y la política de atención centrada en el usuario para garantizar su cumplimiento.</p>	<p>Gestión del Talento Humano</p>	<p>Estándar 1 Código: (AsDP1); La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>Socializar las políticas de humanización y atención centrada en el usuario.</p>
<p>Complementar y ajustar los perfiles de cargo de todas las áreas del Hospital Universitario de Santander y del personal en formación.</p>	<p>Líder del proceso de Gestión del Mejoramiento continuo Líder del proceso de Gestión del Talento Humano</p>	<p>Estándar 106. Código: (TH4); Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas</p>	<p>Socializar e implementar el instrumento formato perfil del ejecutor código GTH-FO-24, manejo de lista de chequeo de hojas de vida código GTH-FO-1, instrumento de verificación y actualización de hoja de vida de servicios tercerizados y contratistas Código N°GTH-IN-03 a los Subgerentes técnico científicos, oficinas asesoras, unidades funcionales, subgerencia administrativa y financiera, gerencia y del personal en formación.</p>



Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia

Líder del proceso de Gestión de la Investigación

Estándar 115. Código: (TH13)
Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.

Crear la unidad funcional que operativiza lo plasmado en la misión.

EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS AJUSTES PARA LA ACTUALIZACIÓN.

Los líderes de los procesos y sus colaboradores llevaron a cabo la implementación de las acciones definidas en la fase de planeación de la actualización, a la fecha se ha cumplido el plazo de ejecución del 18% del total de actividades, el 88% de estas actividades han sido implementadas con éxito en la ESE HUS. La información referente a la implementación y seguimiento se consolidó en el aplicativo para la planeación de la actualización, el cual permite almacenar las evidencias de la ejecución y los hallazgos encontrados en el seguimiento.

La evaluación y revisión a la implementación de las acciones de mejora fue ejecutada por el proceso de Gestión de Auditoría para el Mejoramiento, para esto se hizo uso del aplicativo para la planeación de la actualización, se verificó en campo el avance logrado por los encargados de la implementación de las acciones, para lo anterior se partió en dos el plazo asignado para la implementación de la acción de mejora y se ejecutaron dos reuniones en las fechas resultantes esto para cada acción, en estas reuniones se evaluó el estado de desarrollo de la actividad, los logros alcanzados en la implementación y el cumplimiento a los objetivos, además se recopiló la evidencia del estado de desarrollo, las actividades adelantadas y se estableció en los casos que fue necesario las acciones correctivas que permitieran lograr los objetivos.

El 82% de las actividades de mejora se encuentran en desarrollo o no iniciadas, en algunos casos se debe a que se programó su inicio para el mes de diciembre y enero del presente año en la mayoría de los casos, lo cual es indicativo de la existencia de oportunidades de mejora, lo anterior teniendo presente que el MECI 2014 se diseñó dentro del ciclo PHVA; con relación a esta primera revisión se deben realizar los ajustes necesarios para lograr fortalecer continuamente el sistema de control interno en la ESE HUS ejecutando las actividades pendientes.

El resultado general de la fase de ejecución y seguimiento de la actualización es la ejecución de los ajustes necesarios para lograr implementar la actualización del modelo Estándar De Control Interno Para El Estado Colombiano MECI 2014 en la ESE HUS.

AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN

Revisar y ajustar las funciones del código de ética y buen gobierno; El código de ética y buen gobierno se encuentra en revisión, con el fin de garantizar la articulación con la plataforma estratégica, para su posterior socialización.

Socializar el manual de interventoría institucional; Se ejecutaron jornadas de capacitación en las cuales se socializó el manual de interventoría, el proceso de gestión de talento humano entregado a todo el personal de planta en formato digital (CD) el manual de supervisión e interventoría de contratos de la ESE HUS.



Socializar las políticas de humanización y atención centrada en el usuario; Se han socializado la política de humanización a través un video realizado por el comité de humanización que se puede observar en el siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=56M13tZpaS0>, además se ejecutaron jornadas de capacitación en los servicios donde se trataron los temas del direccionamiento estratégico y las políticas de humanización.

Socializar e implementar el instrumento formato perfil del ejecutor código N° GTH-FO-24, manejo de lista de chequeo de hojas de vida código N° GTH-FO-1, instrumento de verificación y actualización de hoja de vida de servicios tercerizados y contratistas Código N°GTH-IN-03 a los Subgerentes técnico científicos, oficinas asesoras, unidades funcionales, subgerencia administrativa y financiera, gerencia y del personal en formación; Se socializo e implemento el instrumento formato perfil del ejecutor código GTH-FO-24, manejo de lista de chequeo de hojas de vida código GTH-FO-1, instrumento de verificación y actualización de hoja de vida de servicios tercerizados y contratistas código GTH-IN-03 a los subgerentes técnicos científicos, oficina asesoras, unidades funcionales, subgerencia administrativa y financiera, gerencia y del personal en formación.

Definir el proceso institucional de transmisión, captación, consolidación y análisis de la información; El equipo de Gerencia de la Información elaboro el documento "Plan de Gerencia de la Información", donde se describe el mecanismo de trasmisión, captación, consolidación y análisis de la información; estableciendo el flujo de la Información en la E.S.E HUS.

Documentar los procedimientos que conforman el plan de gerencia de la información que incluye: los mecanismos que garanticen razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información; Se documentó el Plan de Gerencia de la Información el cual establece los lineamientos de gerencia de la información institucional con el fin de estandarizar la información y dar respuesta efectiva hacia los diferentes clientes internos y externos identificados en la institución, Este documento es aplica para el direccionamiento de los procesos de información que se gesten al interior y exterior de la Institución.

Documentar el proceso para comunicar y mantener las mejoras producto de los planes de mejoramiento; Se estableció el Manual Institucional del ciclo de preparación para la acreditación GMA-MA-5, donde se documenta el proceso de comunicación y sostenimiento de la mejora; El objetivo del Manual Institucional del Sistema Único de Acreditación es planear adecuadamente la fase de preparación para la acreditación de la E.S.E Hospital Universitario de Santander y así facilitar su implementación a través de una metodología única que permita la participación de todos los colaboradores de la entidad de forma organizada y armónica.

Este manual se convierte en un instrumento administrativo que contiene en forma explícita, ordenada y sistemática información sobre objetivos, políticas, organización y procedimientos a seguir para la implementación del sistema único de acreditación en la E.S.E Hospital Universitario de Santander; así como las instrucciones que se consideren necesarias para la ejecución del trabajo por parte de cada uno de los integrantes que conforman el grupo de planeación y liderazgo y grupo de estándares tanto de apoyo administrativo gerencial como de los de atención al cliente asistencial, teniendo como marco de referencia el plan de desarrollo y de gestión institucional.



Fortalecer la comunicación institucional de los logros alcanzados en cada ciclo de mejora; Se elaborando una cartilla informativa con los avances obtenidos por grupos de estándares de acreditación, se presentaron los avances en distintos eventos, se ejecutaron jornadas pedagógicas donde se trataron los temas referentes a los logros alcanzados en la acreditación.

Difundir la misión institucional y el mapa de procesos a todos los colaboradores del hospital; se ejecutaron jornadas de capacitación que cubrieron el 100% de los procesos, en estas se difundió lo referente a la misión institucional y el modelo de operación por procesos, lo anterior estuvo a cargo del Grupo de Formación adscrito al proceso de Gestión del Talento Humano.

Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia; El proceso de Investigación elaboro el documento "ESTRUCTURA ORGÁNICA Y FUNCIONAL DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA". Está pendiente la aprobación de la estructura por la Gerencia y Junta Directiva, para vincular el talento humano que se requiere.

Mediante oficio número 104-OC-1589-2014 del día 22 de diciembre de 2014, el procesos de gestión del mejoramiento continuo, da a conocer los avances en la planificación e implementación de la actualización del MECI 2014 en la ESE HUS y solicitan a la socialización al interior de cada una de los siguientes procesos.

- ✓ Gestión Directiva
- ✓ Gestión De Auditoria Para El Mejoramiento
- ✓ Gestión De Comunicación Institucional
- ✓ Gestión De Mercadeo
- ✓ Gestión De Talento Humano
- ✓ Gestión Adquisición De Bienes Y Servicios
- ✓ Gestión Integral De La Información
- ✓ Gestión Financiera
- ✓ Gestión De Apoyo Diagnostico
- ✓ Gestión De Consulta Externa
- ✓ Gestión De Urgencias
- ✓ Gestión De Apoyo Terapéutico
- ✓ Gestión De Servicios Quirúrgicos
- ✓ Gestión De Cuidados Intensivos
- ✓ Gestión De Ambiente Físico
- ✓ Gestión De Hospitalización
- ✓ Servicio De Enfermería

Las actividades correspondientes a la fase de cierre se articularon con las actividades planeadas para la acreditación hospitalaria, para esto se hizo uso de los profesionales del grupo de acreditación a quienes se les capacito en lo referente a la actualización del MECI, las actividades que se desarrollaron al interior de la ESE HUS para implementar la actualización y los logros alcanzados, este grupo se encarga de comunicar permanentemente en cada uno de los procesos lo referente a la actualización del MECI en la ESE HUS.

Como medio de difusión se utilizaron las pantallas de los monitores institucionales y la página web de la ESE HUS, en donde se publicó lo referente a la actualización del MECI; mediante las pantallas se dan a conocer los avances en la



implementación de la actualización y lo referente a las diferentes etapas de la implementación de la actualización y en la página web institucional en la pestaña control interno se publicó toda la información referente a la actualización del MECI, en donde se incluyó el diagnóstico institucional, los planes de mejora y los avances en la implementación.

Se diseñaron ayudas informativas referente a los principales cambios surtidos en la actualización y los logros alcanzados por la ESE HUS, esto mediante el proceso de comunicación institucional, el cual apoyo la ejecución de esta fase mediante la socialización de lo referente a la actualización en los medios de comunicación con los que cuenta la ESE HUS como el boletín informativo, nota informativa en la página web, correo institucional y la creación de un folleto.

Además de lo anterior se creó un programa para socializar lo referente a la actualización del MECI en la ESE HUS, en cual se está ejecutando a la fecha, lo anterior se logra por la cooperación del grupo de formación, el grupo de acreditación y el equipo MECI, con esto se busca dar cobertura aproximadamente al 80% de la población considerada, conformada por alrededor de 1.200 personas.

El resultado general de la fase de cierre es la socialización de lo referente a la actualización del modelo estándar de control interno para el estado colombiano MECI 2014, se establece las actividades de comunicación que los procesos deberán ejecutar con el fin de informar a los colaboradores lo referente a la actualización.