



INFORME FASE DE CIERRE DE LA ACTUALIZACIÓN DEL MECI 2014

ACTUALIZACIÓN MECI 2014 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Representante De La Alta Dirección / Equipo MECI

Bucaramanga

31 de Diciembre de 2015

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO





Contenido

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO	4
DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA	4
FASE DE CIERRE.....	4
DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE DE CIERRE EN LA ESE HUS.	4
EJECUCIÓN.....	5
Tabla 1: Evaluación de cierre.....	5
Tabla 2: Comparativo del diagnóstico inicial contra la evaluación de cierre	8
Grafico 1: COMPARATIVO ENTRE EL DIAGNÓSTICO INICIAL Y LA EVALUACIÓN DE CIERRE	9
SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA	10
Tabla 3: Seguimiento a las acciones para la implementación de la actualización del MECI.	10



INTRODUCCIÓN

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.

La fase de cierre permitirá conocer los resultados finales de la actualización, mostrando los resultados alcanzados, mediante un balance comparativo con el diagnóstico inicial, que evidencia los cambios surtidos para la actualización del MECI. En esta fase es preciso considerar que el modelo ha sido diseñado desde su concepción inicial dentro del ciclo de mejora continua (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) lo cual indica, que se deben hacer revisiones periódicas de su funcionamiento y realizar los ajustes pertinentes según la madurez alcanzada,

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 informe fase de cierre de la actualización del modelo estándar de control interno MECI.



OBJETIVO

Informar a la alta dirección los resultados de la fase de cierre 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 realizar la evaluación de cierre del MECI 2014, una vez realizada esta evaluación, se compararon cuantitativamente los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial y la evaluación de cierre.

FASE DE CIERRE

En esta fase se realizó un balance con el fin de efectuar una comparación con el diagnóstico inicial, que permitió evidenciar los cambios que surtieron para la actualización del MECI. Así mismo, se realizaron jornadas de socialización para garantizar que el equipo MECI y los colaboradores conocieran los cambios.

En esta fase se estudiaron cada uno de los elementos del modelo, y 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.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA FASE DE CIERRE EN LA ESE HUS.

La oficina asesora de calidad en apoyo con la oficina asesora de control interno mediante oficio 104-OC-865-2015, del 24 de junio de 2015, conforman los equipos para la evaluación de cierre de la actualización del MECI, para esto se contó con el equipo MECI (un representante de cada proceso), según lo establecido en la Resolución 326 del 2014, se estableció un equipo por cada componente, cada equipo aplicó el anexo 4: Formato fase diagnóstico diseñado por el DAFP.

Los resultados fueron consolidados y estudiados por el facilitador MECI, adscrito a la oficina asesora de calidad, los resultados se presentaron al equipo MECI, al representante de la alta dirección y a la oficina asesora de control interno, mediante oficio 104-OC-797-2015, se realizó una jornada de socialización y evaluación de los resultados, en esta jornada el equipo MECI, el representante de la alta dirección y el facilitador MECI, identificaron las oportunidades de mejora, durante estas jornadas se revisó el cumplimiento a las acciones planificadas para la implementación del MECI.



EJECUCIÓN

Se presentan a continuación los resultados de la aplicación del Anexo 4: Formato para el diagnóstico:

Tabla 1: Evaluación de cierre

EVALUACIÓN DE CIERRE MECI 2014: SISTEMA DE CONTROL INTERNO		ESTADO			
		NO EXISTE	EN PROCESO	DOCUMENTADO	REVISADO
1	ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS	0	0	0	4
	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.				X
	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.				X
	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.				X
	Mecanismo para detectar desviaciones con respecto a los principios y valores de la entidad.				X
2	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	0	0	0	8
	Manual de funciones y competencias laborales				X
	Plan Institucional de Formación y Capacitación				X
	Programa de Inducción y reintucción realizado a los servidores vinculados a la entidad.				X
	Programa de reintucción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.				X
	Programa de Bienestar				X
	Plan de incentivos				X
	Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad.				X
	Socialización de los manuales, programas y planes de Desarrollo del Talento Humano				X
3	PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	0	0	1	5
	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.				X
	Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.				X
	Planes operativos con cronogramas y responsables.				X
	Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.			X	
	Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.				X
	Socialización de los planes, programas y proyectos de la organización a todos los servidores.				X
4	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	0	2	2	3
	Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.			X	
	Mapa de procesos.				X
	Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.		X		



	Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.				X
	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.			X	
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.				X
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles		X		
5	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	0	0	1	1
	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.				X
	Documentos u otros soportes que evidencian la existencia de coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Entidad.			X	
6	INDICADORES DE GESTIÓN	0	0	2	0
	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.			X	
	Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.			X	
7	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	0	0	0	2
	Documento que contiene las políticas de operación				X
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.				X
8	ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	0	0	0	5
	Definición desde la Alta Dirección de la política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.				X
	Mapas de riesgos por proceso				X
	Mapa Institucional de Riesgos				X
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.				X
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.				X
9	AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL	0	2	0	3
	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos.				X
	Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.				X
	Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados.				X
	Informes sobre análisis de los indicadores por proceso		X		
	Informes de gestión por procesos.		X		
10	AUDITORÍA INTERNA	0	0	0	5
	Informes pormenorizados de la vigencia				X
	Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP.				X
	Procedimiento para auditoría interna.				X
	Programa Anual de Auditorías aprobado.				X
	Informes de auditorías realizadas				X



11 PLAN DE MEJORAMIENTO		0	0	1	1
	Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento.				X
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento			X	
12 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA		0	1	2	6
	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.				X
	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.			X	
	Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.			X	
	Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.		X		
	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.				X
	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.				X
	Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.				X
	Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.				X
	Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).				X
13 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA		1	2	0	2
	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.				X
	Tablas de Retención Documental				X
	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		X		
	Política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.		X		
	Matriz de responsabilidades.	X			
14 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		0	0	3	3
	Sistema de información para el proceso documental institucional.				X
	Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.				X
	Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.			X	
	Página web				X
	Punto de atención al usuario.			X	
	Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales).			X	
CALIFICACION CUANTITATIVA		1	7	14	46



Tabla 2: Comparativo del diagnóstico inicial contra la evaluación de cierre

	ESTADO ACTUAL - CIERRE			
	NO EXISTE	SE ENCUENTRA EN PROCESO	ESTA DOCUMENTADO	EVALUADO / REVISADO
Porcentaje de participación general del sistema según el estado				
ACTUAL	1%	10%	21%	68%
INICIAL	9%	25%	37%	29%
Participación según elemento de control / estado				
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS				
ACTUAL	0%	0%	0%	100%
INICIAL	25%	0%	25%	50%
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO				
ACTUAL	0%	0%	0%	100%
INICIAL	0%	13%	50%	38%
PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS				
ACTUAL	0%	0%	17%	83%
INICIAL	0%	50%	33%	17%
MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS				
ACTUAL	0%	29%	29%	43%
INICIAL	0%	57%	14%	29%
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL				
ACTUAL	0%	0%	100%	0%
INICIAL	50%	50%	0%	0%
INDICADORES DE GESTIÓN				
ACTUAL	0%	0%	100%	0%
INICIAL	0%	100%	0%	0%
POLÍTICAS DE OPERACIÓN				
ACTUAL	0%	0%	0%	100%
INICIAL	0%	0%	100%	0%
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS				
ACTUAL	0%	0%	0%	100%
INICIAL	0%	0%	40%	60%
AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL				
ACTUAL	0%	40%	0%	60%
INICIAL	40%	0%	20%	40%
AUDITORÍA INTERNA				
ACTUAL	0%	0%	0%	100%
INICIAL	0%	20%	20%	60%

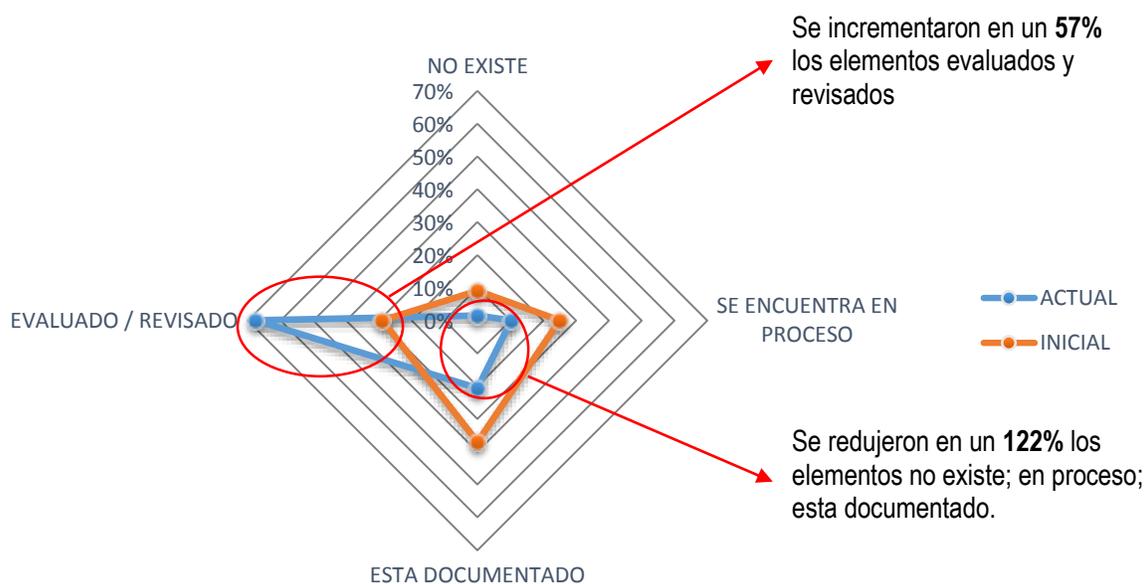


PLAN DE MEJORAMIENTO				
ACTUAL	0%	0%	50%	50%
INICIAL	0%	50%	50%	0%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA				
ACTUAL	0%	11%	22%	67%
INICIAL	11%	22%	33%	33%
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA				
ACTUAL	20%	40%	0%	40%
INICIAL	20%	40%	40%	0%
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
ACTUAL	0%	0%	67%	33%
INICIAL	0%	0%	83%	17%

Según los resultados obtenidos en la evaluación de cierre aplicada por el equipo MECI, se establece el grado de maduración alcanzado en la actualización del MECI 2014 en la ESE Hospital Universitario de Santander, HUS, además, se identifican los elementos del modelo que deben fortalecerse, teniendo presente que el modelo fue diseñado en sus inicios en el marco de la metodología P-H-V-A y se establece el cumplimiento a las actividades establecidas para alcanzar la actualización del modelo, según los términos establecidos en la Resolución 943 del 2014.

A continuación se presenta un gráfico comparativo que permite visualizar los logros alcanzados en el proceso de implementación de la actualización del MECI.

Grafico 1: COMPARATIVO ENTRE EL DIAGNÓSTICO INICIAL Y LA EVALUACIÓN DE CIERRE





Se evidencia en el gráfico 1 comparativo entre el diagnóstico inicial y la evaluación de cierre, que las acciones tomadas para lograr la actualización del modelo estándar de control interno, permitieron que se diera cumplimiento al 88% los requisitos del modelo estándar de control interno, MECI 2014, se incrementó en un 57% los elementos evaluados y revisados, y reduciendo en un 122% los elementos no existentes, en proceso y documentado.

Estos logros responden a los esfuerzos de la ESE HUS, pero también se advierte que el modelo diseñado por el DAFP, fue estructura en el marco de la metodología P-H-V-A, lo cual permite a las instituciones mejor continuamente, y, en la evaluación de cierre se identifican los aspectos por mejorar en la actualización del MECI en la ESE HUS, estos aspectos deben ser evaluados y reestructurados buscando fortalecer su implementación en la institución:

Aspectos a mejorar:

- Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.
- Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles.
- Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.
- Informes sobre análisis de los indicadores por proceso.
- Informes de gestión por procesos.
- Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.

SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA

En la fase de planeación de la actualización se establecieron 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, a continuación se presenta la relación del cumplimiento a estas acciones, el seguimiento en este informe se presenta con dos calificativos cumplida y atrasada, cumplida hace referencia a que la acción se ha implementado y a la fecha su estado es cerrada; y atrasada hace referencia a que la acción se encuentra en desarrollo y que su estado a la fecha es abierta atrasada:

Tabla 3: Seguimiento a las acciones para la implementación de la actualización del MECI.

Que	Quien	Como	Seguimiento
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	Revisar y ajustar las funciones del código de ética y buen gobierno.	Cumplida



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	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.	Cumplida
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	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 vulneración de los derechos de los usuarios.	Cumplida
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	Implementar, hacer seguimiento y evaluar el procedimiento para la notificación de casos especiales de riesgo o vulneración de los derechos de los usuarios.	Cumplida
Ajustar los principios y valores de la ESE HUS	Gestión de Auditoría para el Mejoramiento Equipo de Humanización	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.	Cumplida
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	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.	Cumplida
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	Realizar la divulgación/socialización del manual o instructivo con las personas que lo deben conocer, dejando evidencia de la misma.	Cumplida



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	Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.	Cumplida
Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma permanente y aplicable a todos los sistemas de contratación.	Gestión del Talento Humano	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.	Cumplida
Complementar el proceso de educación, capacitación y entrenamiento en forma permanente y aplicable a todos los sistemas de contratación.	Gestión del Talento Humano	Hacer seguimiento al cumplimiento del procedimiento de formación a terceros y contratistas en forma permanente (GTH-PR-9)	Cumplida
Definir los temas de evaluación de desempeño a todos los colaboradores de la entidad	Gestión de Hospitalización	Definir los parámetros y hacer seguimiento a la evaluación del desempeño a todos los colaboradores de la Institución.	Cumplida
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	Difundir la misión institucional y el mapa de procesos a todos los colaboradores del hospital.	Cumplida
Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia	Gestión de la Investigación Grupo de Formación de Talento Humano	Evaluar el conocimiento y la comprensión de la misión institucional y el mapa de procesos	Cumplida
Consultar frecuentemente páginas WEB de instituciones oficiales	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	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.	Cumplida
Establecer programa de Bienestar Social	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	Recopilar información de las necesidades del personal priorizar, establecer el programa y elevarlo a acto administrativo para su ejecución.	Cumplida



Adoptar mediante acto administrativo el Plan de Incentivos.	Profesional esp. Unidad Funcional Talento Humano	Incluir dentro del Plan de Bienestar el sistema de estímulos para los funcionarios de la Institución.	Cumplida
Informar acerca de la planeación de la entidad a todos los colaboradores.	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	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.	Cumplida
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	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.	Cumplida
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	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.	Cumplida
Socializar y difundir la información referente al modelo de operación por procesos.	Gestión del mejoramiento Grupo de procesos	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.	Cumplida
Socializar y difundir la información referente al modelo de operación por procesos.	Gestión del mejoramiento Grupo de procesos	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.	Cumplida
Evaluar la satisfacción de los clientes con los servicios ofrecidos por los procesos	Gestión del mejoramiento	Establecer procedimientos para la medición de la satisfacción de los clientes por parte de los	Cumplida



	Grupo de procesos	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	Solicitar a los líderes de los procesos la elaboración de las fichas técnicas de los indicadores de los procesos.	Cumplida
Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.	Gestión del Mejoramiento continuo Grupo de procesos	Realizar fichas técnicas para los indicadores de las políticas gerenciales.	Cumplida
Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.	Gestión Directiva Profesional esp. Unidad Funcional de Recursos Financieros	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.	Cumplida
Avanzar en la medición de los indicadores de cumplimiento de las políticas gerenciales, con énfasis en la medición de indicadores de impacto.	Gestión Directiva Profesional esp. Unidad Funcional de Recursos Financieros	Medir tendencias de los indicadores gerenciales y tomar acciones a partir de estos resultados.	Atrasada
Documentar un procedimiento para la evaluación anual de la gestión clínica.	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	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.	Cumplida
Documentar un procedimiento para la evaluación anual de la gestión clínica.	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	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.	Atrasada
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	Verificar el cumplimiento de los objetivos de los procesos a través de indicadores de eficiencia evaluado trimestralmente.	Atrasada



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	Seguimiento y análisis de los resultados de indicadores y toma de acciones de acuerdo a ellos.	Atrasada
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	Capacitación personalizada a cada líder de proceso en la identificación, análisis, valoración y generación de políticas de administración del Riesgo.	Cumplida
Actualización Mapa de Riesgos por proceso	Profesional Universitario Control Interno	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.	Cumplida
Seguimiento trimestral a la Administración del Riesgo	Comité de Control Interno HUS Profesional Universitario Control Interno	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.	Cumplida
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	Documentar el proceso para comunicar y mantener las mejoras producto de los planes de mejoramiento	Cumplida
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	Gestión del Mejoramiento continuo Jefe Oficina Asesora de Calidad	Fortalecer la comunicación institucional de los logros alcanzados en cada ciclo de mejora.	Cumplida



implementación de los diferentes 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 Grupo de Acreditación	Realizar auditorías periódicas para monitorear el grado de mantenimiento de las mejoras logradas en cada ciclo.	Cumplida
Actualizar los procedimientos para ejecutar el seguimiento y la evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejora	Gestión del Mejoramiento continuo PAMEC	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.	Cumplida
Establecer un procedimiento mediante el cual se aprueben los planes de mejora	Gestión del Mejoramiento continuo PAMEC	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.	Cumplida
Establecer mecanismos a través de los cuales el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos	Gestión del mejoramiento continuo SIAU	Establecer un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea a todas las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.	Atrasada
Habilitar un enlace de ayuda para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional.	Gestión del mejoramiento continuo SIAU	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	Atrasada



		código contencioso administrativo.	
Publicar los presupuestos de ingresos, gastos y sus ejecuciones en la página web.	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	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.	Atrasada
Actualizar los documentos del sistema de gestión de calidad en la intranet.	Gestión del mejoramiento Grupo de proceso	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.	Cumplida
Publicar formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	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.	Atrasada
Socializar y aplicar el plan gerencia de la información en cada uno de los procesos que genera indicadores normativos.	Gestión Integral de la Información	Documentar los procedimientos que conforman el plan de gerencia de la información que incluye: los mecanismos que garantizan razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información.	Cumplida
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	Creación del procedimiento o instructivo de PQR para el cliente interno enfocado en la misión, visión y valores institucionales.	Cumplida



Actualizar la política de comunicación	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	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.	Cumplida
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.	Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI	Definir el proceso institucional de transmisión, captación, consolidación y análisis de la información.	Cumplida
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.	Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI	Socializar el proceso de flujo de la información.	Cumplida
Actualizar el proceso de gestión documental de acuerdo al manual de imagen	Profesional Universitario de Gestión Documental	Revisión de procedimientos de Gestión documental de acuerdo a los lineamientos definidos en el manual de imagen.	Atrasada
Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal.	Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI	Incluir en los programas de inducción, re-inducción y capacitación el uso de los recursos disponibles (sistemas de información).	Cumplida
Satisfacer la calidad y seguridad de la información, optimizando el uso de los recursos incluyendo aplicaciones, infraestructura y personal.	Gestión Integral de la Información Profesional esp. UFATI	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.	Cumplida
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	Gestión del Talento Humano	Socializar el manual de interventoría institucional	Cumplida



mejoramiento, en conjunto con el proceso gestor.			
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.	Gestión del Talento Humano	Socializar las políticas de humanización y atención centrada en el usuario.	Cumplida
Complementar y ajustar los perfiles de cargo de todas las áreas del Hospital Universitario de Santander y del personal en formación.	Líder del proceso de Gestión del Mejoramiento continuo líder del proceso de Gestión del Talento Humano	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.	Cumplida
Fortalecer la planeación, implementación y medición del proceso de Gestión de investigaciones y docencia	Líder del proceso de Gestión de la Investigación	Crear la unidad funcional que operativiza lo plasmado en la misión.	Cumplida

En relación con el seguimiento realizado a la implementación de las acciones para la actualización del MECI, se implementaron y cerraron el 84% de las acciones planificadas, quedando en desarrollo y pendiente por cerrar un 16% de las acciones, estas actividades pendientes pueden dar razón al porcentaje de incumplimiento de los requisitos establecidos por el modelo MECI.