

PLAN DE MEJORA POR PROCESO

PLAN DE MEJORA POR PROCESO

Proceso: Garantía de la calidad

Subproceso: 1-2-3-4-5-6-7

Motivado por: No conformidades detectadas por auditoría de control interno, realizada al proceso.

Descripción del problema	Acciones o estrategias	Responsable	Requerimientos	SEGUIMIENTO				
				Fecha inicio	Fecha alcance de meta	Indicador	C	NC
1. Mapa de procesos desactualizado	Se definió para el resto de año 2013 la actualización del mapa de procesos. Se realizó cronograma de ejecución.	Equipo de calidad	Recurso tiempo	01 de mayo de 2013	30 de diciembre-2013	Mapa de procesos actualizado	x	
1. Tablero de indicadores no está completamente diligenciado-	Solicitar los 5 primeros días de cada mes los indicadores a los diferentes líderes de procesos que reportan información.	Coordinador de calidad		01 de mayo de 2013	01 de abril de 2013	Tablero de indicadores al día	x	
2. No hay cumplimiento del programa anual de auditorías de calidad de los servicios.	Realizar las auditorías de calidad de los procesos que tienen auditores pares. Falta auditor odontología y laboratorio clínico.	Equipo de calidad	Recurso humano – odontólogo auditor, bacterióloga auditora.	01 de mayo de 2013	30 de diciembre-2013	Cumplimiento del programa de auditoria fue del 80%	x	

PLAN DE MEJORA POR PROCESO

2. No se evidencian planes de mejoramiento	Solicitar a los generadores de planes de mejoramiento la remisión de estos a la oficina de calidad para su seguimiento.	Líderes de procesos		01 de junio de 2013	01 de julio de 2013		x	
3. No se cumple la periodicidad de las rondas de seguridad	Se replanteó la periodicidad de las rondas de seguridad en dicho procedimiento quedando mensual.	Audidores		01 de junio de 2013	01 de julio de 2013	Una ronda de seguridad mensual a los servicios de urgencias, hospitalización y partos.	x	
3. No se evidencia protocolo de Londres a todos los eventos adversos.	Realizar a todos los eventos adversos protocolo de Londres.	Equipo de calidad		01 de junio de 2013	30 de diciembre de 2013	100% de protocolo de Londres a eventos adversos.	x	
4. No se está cumpliendo con el cronograma de acciones del PAMEC	Replanteamiento de PAMEC	Equipo de calidad – área técnico-científica.	Recurso tiempo	30 de julio de 2013	30 de septiembre de 2013	PAMEC replanteado y presentado a la S.S.DTAL	x	
5. No hay cronograma de autoevaluación del SUH	Programación de autoevaluación del SUH, según resolución 1441 de 2013	Equipo de calidad y área técnico científica	Recurso tiempo	Agosto de 2013	Octubre de 2013	Autoevaluación de toda la empresa al SUH.	x	



FORMATO

PLAN DE MEJORA POR PROCESO

<p><b>6</b> Gestión de Acreditación.</p>	<p>de Se planteó la autoevaluación con criterios de acreditación para evidenciar el mejoramiento en criterios de acreditación reflejados en la calificación obtenida en el 2013 comparada con el 2012.</p>	<p>Equipo de calidad</p>	<p>Recurso tiempo</p>		<p>Se mejoró la calificación de criterios de acreditación en 0,2 respecto al año pasado.  2012: 1,33 2013: 1,475</p>	<p>x</p>	
<p><b>7-</b> Aprendizaje institucional.</p>	<p>Los resultados de auditorías, Rondas de seguridad, administrativas, se socializaran en los diferentes comités institucionales donde los líderes de procesos requeridos realizan y ejecutan acciones o planes de mejoramiento. Socializar indicadores.</p>	<p>Jefes de zona, auditores.</p>			<p>Se anexa tablero de indicadores 2013</p>	<p>x</p>	
<p><b>LIDER DE PROCESO:</b> Nombre: Esain calderón ibata</p>		<p><b>FECHA DE SEGUIMIENTO:</b> 25 de septiembre de 2014</p>	<p><b>seguimiento:</b>  Lina María Vásquez Díaz Coordinadora de control interno</p>				

**OBSERVACIONES:** de las diez (10) acciones programadas en el plan de mejoramiento se han cumplido a la fecha del seguimiento todas las acciones pendientes. Sin embargo, el el subproceso 2 no hubo cumplimiento del programa de auditorías para los meses de febrero y mayo a razón de falta de personal idóneo para la realización de auditorías internas. Igualmente para el subproceso 3 para los meses de marzo y abril no se contó con el equipo multidisciplinario para la realización de los protocolos de Londres, en algunos eventos adversos. Es de aclarar que el equipo se completó para los meses de junio. A la fecha se cuenta con un equipo multidisciplinario idóneo para el desarrollo de las actividades del proceso de garantía de la calidad.



FORMATO

**PLAN DE MEJORA POR PROCESO**