

PROCESO: CONTROL DE GESTIÓN (COG).

PROCEDIMIENTO: Planes de Mejoramiento.

OBJETIVO GENERAL: : Determinar mecanismos para la aplicación de acciones que aseguren el mejoramiento continuo en el desempeño institucional con eficiencia, eficacia, idoneidad, transparencia, objetividad, independencia y celeridad, que permitan corregir las no conformidades presentadas en la ejecución de los procesos y en las auditorías internas realizadas.

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Acciones Correctivas:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.
- **Acciones de Mejora:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.
- **Acciones Preventivas:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
- **Análisis:** Examen detallado de una cosa para conocer sus características o cualidades, o su estado, y extraer conclusiones, que se realiza separando o considerando por separado las partes que la constituyen.
- **Auditoría Interna:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.
- **Base de datos:** Es un “almacén” que nos permite guardar grandes cantidades de información de forma organizada para que luego podamos encontrar y utilizar fácilmente
- **Comité de Control Interno** Es un órgano de coordinación y asesoría de la Dirección General en el diseño de estrategias y políticas orientadas al fortalecimiento del Sistema de Control Interno que contribuyan al cumplimiento de los objetivos propuestos y el logro de su misión
- **Corrección:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Criterios de Auditoria:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos.
- **Encuesta:** Es un estudio en el cual el investigador obtiene los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos.
- **Encuesta de satisfacción:** Es un estudio empírico basado en la observación para determinar el grado de satisfacción del encuestado ante un servicio ofrecido.
- **Encuestas telefónicas:** Este tipo de encuesta consiste en una entrevista vía telefónica con cada encuestado.
- **Equipo Auditor:** Grupo de personas seleccionadas para realizar una auditoría interna. Es el responsable de auditar el área o proceso seleccionado según el plan
- **Evidencia de la Auditoria:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de Auditoria y son verificables.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
 hospitalconcordia@gmail.com

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Frecuencia:** Número de veces que aparece, sucede o se realiza una cosa durante un período o un espacio determinados.
 - **Hallazgos:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoría. Identificación de una inconsistencia o desviación de un proceso y sus procedimientos en la gestión de una entidad.
 - **Inconsistencias:** Falta de consistencia. Valor errado, producto equivocado en el diligenciamiento de la información.
 - **Inconformidades:** Fracaso en el cumplimiento de algún requerimiento del sistema de gestión integrado de la empresa.
 - **Indicador:** Magnitud utilizada para medir o comparar los resultados efectivamente obtenidos, en la ejecución de un proyecto, programa o actividad.
 - **Informe:** Exposición oral o escrita sobre el estado de una cosa o de una persona, sobre las circunstancias que rodean un hecho, etc.
 - **Informe de Auditoría:** Es un documento, emitido por los auditores de cuentas, sujeto en cuanto al contenido, requisitos y formalidades a la normativa reguladora de la actividad de auditoria.
 - **Líder del Proceso:** Es la persona que tiene un conjunto de habilidades gerenciales o directivas para influir en la forma de ser de las personas o en un grupo de personas determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo, en el logro de metas y objetivos.
 - **Medición:** Es un proceso básico de la ciencia que consiste en comparar un patrón seleccionado con el objeto o fenómeno cuya magnitud física se desea medir para ver cuántas veces el patrón está contenido en esa magnitud.
 - **Mejora Continua:** Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos y optimizar el desempeño.
 - **Mejoramiento:** Patrón estable de actividad colectiva mediante la cual la organización genera y modifica sistemáticamente sus rutinas de operación en busca de una mejora en su efectividad.
 - **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito.
- Notta-1:** Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial.
- Nota-2:** La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda, mientras que la acción correctiva se toma para prevenir que vuelva a producirse.
- **Panel de clientes:** Formado por personas que son clientes actuales o potenciales de una determinada empresa. Se trata de una técnica de investigación de mercados que recoge de forma periódica información sobre las compras que realiza una muestra constante y representativa de la población en un mercado determinado.
 - **Plan de Auditoria:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.
 - **Plan de Mejoramiento:** Es su conjunto de acciones que debe adelantar las entidades para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión y objetivos en los términos de la Constitución, la ley y los compromisos adquiridos con sus grupos de interés.
 - **Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias –PQRSD:** Sistema que procura de mejorar nuestros servicios y trámites que ofrecemos a nuestros grupos de interés, mediante diferentes canales de comunicación que permiten agilizar la información entre el cliente y la entidad.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

DEFINICIONES O REFERENCIAS:

- **Producto o Servicio no Conforme:** Es todo producto o servicio prestado por la Administración Central a sus clientes cuyo resultado no cumplen con las disposiciones planificadas y/o con los requisitos establecidos por las partes.
- **Programa de Auditorías:** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigido hacia un propósito específico.
- **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.
- **Procedimiento:** Es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias.
- **Producto o Servicio No Conforme:** Es todo producto o servicio prestado por la entidad a sus clientes cuyo resultado no cumple con las disposiciones planificadas y/o con los requisitos previamente establecidos.
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **Reunión Final:** Reunión del equipo auditor y el auditado para discutir los resultados de la auditoría.
- **Satisfacción del Cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU:** Dependencia o área creada para identificar las necesidades y requisitos expresados por el usuario, mediante los recursos físicos, tecnológicos y de talento humano dispuestos por la institución, que permitan brindarle una mayor satisfacción en los diferentes servicios, mediante la implementación de acciones de mejora continuas.
- **Sesiones de Grupo:** Es una técnica cualitativa de estudio de las opiniones o actitudes de un público, utilizada en ciencias sociales y en estudios comerciales.
- **Sondeo:** Es una herramienta de observación ejecutada por aquellos que deseen tener claro cuál es el panorama en una determinada cuestión.
- **Tabular:** Expresar cantidades, magnitudes, valores u otro dato que necesite el formato de tablas.
- **Usuario:** Es la persona que tiene derecho de usar una cosa ajena con cierta limitación.
- **Valor agregado:** Es el valor económico adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo.

RESPONSABLE (S) DEL PROCEDIMIENTO:

- Asesor de Control Interno.
- Comité de Control Interno.
- Líderes de los Procesos.

CONDICIONES:

- Informes de resultados de las auditorías internas y externas.
- Que existan productos o servicios no conformes en los procesos.
- Recolección y análisis de la información que se genera en el Hospital.

MATERIALES NECESARIOS:

1. Equipo de oficina.
2. Insumos de oficina.
3. Adecuados sistemas de comunicación.
4. Instalaciones físicas del Hospital con una buena temperatura ambiente, iluminación, sin ruido y comodidad.
5. Software Comercial.

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06
hospitalconcordia@gmail.com

<p>CONDICIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actas de reunión del comité de control interno. • Aplicación de la normatividad vigente frente a los planes de mejoramiento. • Informes de la oficina de Atención al ciudadano. • Informes consolidados de las PQRSD. • Evaluaciones de desempeño a los funcionarios 	<p>MATERIALES NECESARIOS:</p> <p>6. Equipos de cómputo y telecomunicaciones</p>
---	--

PASOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO BAJO EL CICLO PHVA			
CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
P	1. Identificar fuentes de mejoramiento.	<p>1.1. Preparar el o los instrumentos de medición que le permitan conocer las necesidades y expectativas de los clientes: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) analiza las variables a medir y las diferentes técnicas que se utilizarán para recopilar la información y conocer las necesidades y expectativas de los clientes con respecto a los servicios que le presta el Hospital: Como son Encuestas de satisfacción o llamadas telefónicas a los usuarios, sondeos, sesiones de grupo, paneles de clientes, revisiones de la relación de PQRSD, informes de campo, informes de auditorías internas y externas y análisis de indicadores, teniendo en cuenta periodicidad y frecuencia, de acuerdo con las políticas que rigen el procedimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuestas. ✓ Formato de PQRSD ✓ Indicadores. ✓ Actas de reuniones con la comunidad. ✓ Informes. ✓ Evaluaciones de Control Interno. ✓ Evaluaciones de desempeño.
		<p>1.2. Conocer el informe de las auditorías internas y externas: El Funcionario líder del proceso auditado y el comité de control interno deben conocer muy bien el informe de auditoría con el fin de realizar las acciones de mejora, correctivas y preventivas según el caso y realizar el seguimiento al mismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe de Auditoría
		<p>1.3. Tabular y Procesar la Información: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) se asegura de registrar los datos en una base de datos en Excel o en el formato establecido, de tal manera que le permita el procesamiento de la información y la generación de informes de resultados para el análisis de cada una de las opiniones de los clientes o los usuarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Base de datos. ✓ Formato de Informes
		<p>1.4. Revisión de acciones a mejorar: El Funcionario líder del proceso procede a revisar las no conformidades REALES (problemas en procesos, servicios, productos, quejas y reclamos, encuestas, evaluaciones, auditorías e indicadores y con base en la información suministrada realiza el informe mensual lo registra en el formato "Registro de productos o servicios no conformes".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe o Formato de productos no conformes
		<p>1.5. Remitir el Informe: El funcionario de Atención al Usuario (SIAU) procede a enviar copia al Gerente, al Asesor de Control Interno y a quienes les sea autorizado por el responsable del Proceso de Evaluación y Mejora de Procesos el informe o formato con las inconformidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicado. ✓ Formato o informe de productos no conformes



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	2. Establecer el tipo de acciones a implementar. (Plan de Mejoramiento)	2.1. Determinar las acciones de Mejora, Correctiva o Preventiva a tomar: El líder del Proceso y su equipo de trabajo analizan la necesidad de tomar una acción teniendo en cuenta los criterios como: económico, aporte valor agregado al proceso, que sea razonable, pertinente y oportuna.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro de productos o servicios no conformes. ✓ Formato de acciones de Mejora preventivas y Correctivas.
		2.2. Registro de las acciones: El Líder del Proceso o quien éste delegue, describe claramente la acción en el campo del formato de Registro de Acciones de mejora, correctiva y preventiva e informa al Asesor de control interno.	
		2.3. Identificar la(s) Causa(s): El Responsable del Proceso o quien este delegue, y su equipo de trabajo, realizan un análisis de la(s) causa(s) por la(s) cual(es) ocurrió la No Conformidad y la(s) registra(n) en el campo "Identificación de la(s) Causa(s) Reales" del formato "Registro de Acciones Correctivas".	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de acciones de Mejora y Correctivas.
		2.4. Establecer la Acción: El Responsable del Proceso o quien este delegue y su equipo de trabajo, definen acciones para eliminar las causas y asegurar que la no conformidad no vuelva a ocurrir, dejando evidencia de estos compromisos en el campo Formato "Acciones a Tomar", incluyendo los responsables de tomar la(s) acción(es), la fecha de cumplimiento y el responsable del seguimiento a la eficacia de la(s) acción(es) tomada(s). Entre las acciones a tomar puede estar: la corrección del servicio. Dicha acción es inmediata se registra en el formato "Registro de productos o servicios no conformes". Es importante tener en cuenta que los responsables del seguimiento a las acciones tomadas deben ser diferentes a quienes tomaron la acción con el fin de asegurar la objetividad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato listado de Acciones a Tomar. ✓ Formato de Registro de productos o servicios no conformes. ✓ Formato de registro de acciones de Mejora y Correctivas.
		2.5. Ejecutar la Acción: El responsable(s) de tomar la(s) acción(es) de Mejora, correctivas y preventivas se asegura(n) de eliminar las causas que generaron la no conformidad y de dejar las evidencias que se consideren pertinentes para la verificación de la eficacia de las mismas. Sí es posible, las evidencias se anexan al formato para el seguimiento a la eficacia de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de Mejoramiento



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
H	3. Realizar el análisis y manejo de los indicadores	3.1. Análisis de los Indicadores: Cuando se tengan los resultados de medición de los indicadores, de acuerdo a la frecuencia definida, el Gerente registra en el formato anexo: Cuadro de Control para los Indicadores (matriz). Para lo cual tiene en cuenta la información suministrada por el responsable de cada proceso u objetivo. Se debe hacer reunión para analizar los resultados de las mediciones de los indicadores, con el fin de tomar acciones (Correctivas o Preventivas) y levantar acta de análisis de datos, si se considera necesario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acta. ✓ Cuadro de Control para los Indicadores.
		3.2. Diagrama de Causa y Efecto: Esta técnica estadística se utiliza para identificar las causas de no conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de acciones de Mejora, preventivas y Correctivas
		3.3. Gráficos de Barras y/o Gráficos de Líneas: Esta técnica estadística se utiliza para comunicar visualmente en forma de porcentajes o valores la información del cumplimiento de los objetivos de calidad y los indicadores de procesos y tomar decisiones de mejoramiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gráfico de barras.
		3.4. Encuesta: Esta técnica estadística se utiliza para el seguimiento y evaluación a la satisfacción de los usuarios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuestas de medición de la satisfacción del usuario.
		3.5. Tormenta de Ideas: Esta técnica estadística se utiliza para Identificar posibles soluciones de problemas así como oportunidades de mejoramiento de la calidad.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actas de seguimiento a los mecanismos de comunicación
		3.6. Diagrama de Flujo: Esta técnica estadística se utiliza para describir un proceso existente o conjunto de actividades o diseñar un nuevo proceso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimientos documentados
		3.7. Matriz para el control de indicadores de objetivos y de procesos: Esta técnica estadística se utiliza para el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los objetivos de calidad y los indicadores de procesos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuadro de control para los indicadores
V	4. Realizar el Seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento y de los indicadores.	4.1. Seguimiento al Plan de Mejoramiento: El líder del Proceso, el Asesor y el comité de Control Interno tienen la autoridad de evaluar los resultados de las acciones de mejora, preventivas, correctivas y producto no conforme tomadas en cada uno de los procesos, después de verificar que sí evidencien el mejoramiento continuo de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema. De ser necesario, los Coordinadores de Mejoramiento deben solicitar al responsable del Proceso la adecuada toma de acciones de mejora o correctivas para el mejoramiento del sistema.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Listado maestro de Acciones de Mejora, correctivas y preventivas. ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe.



CICLO	ACTIVIDADES	TAREAS	REGISTROS
V	4. Realizar el Seguimiento y evaluación del plan de mejoramiento y de los indicadores	4.2. Verificación: En caso de no haber sido eficaz(es) o de no haberse(n) tomado la(s) acción(es) propuesta(s), el responsable del seguimiento le debe comunicar al Líder del proceso o a quien este delegue para asegurarse de la eliminación de las causas y las no conformidades, y volver a identificarlas sí fuese necesario.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Listado maestro de Acciones de Mejora, correctivas y preventivas. ✓ Plan de mejoramiento ✓ Informe
		4.3. Cerrar la Acción: El Líder o responsable del Proceso verifica el seguimiento efectuado por el responsable y firma en el campo "Autorización de Cierre" Registro de Acciones Correctivas, de mejora y preventivas en señal de Visto Bueno y envía copia del formato al Asesor de control Interno para su registro y control, quienes se aseguran de conservar los registros de las acciones correctivas tomadas en su proceso.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe
		4.4. Registro y Control: El líder o responsable del proceso registran todas las acciones enviadas por los diferentes funcionarios de los procesos del sistema de control interno, les asignan un número consecutivo para su control, se aseguran de efectuar los análisis que consideren necesarios para el seguimiento y medición del proceso de Mejoramiento Continuo y los informes requeridos para la Revisión por la dirección y el comité de control interno.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe
A	5. Implementar Acciones de mejora, preventivas y correctivas.	5.1. Tomar las Acciones para la Mejora: Los líderes de los procesos deben comunicar a sus funcionarios los compromisos asumidos en el Comité de control interno mediante el plan de mejoramiento, y en compañía de sus líderes, asegurarse de la toma de las acciones para la mejora propuestas en el plan, así como, de conservar registros de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actas de reuniones. ✓ Formato de Registro de acciones de mejora, preventivas y correctivas. ✓ Plan de mejoramiento. ✓ Informe.

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS

Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Tener muy claras las fuentes de Información.	Que se conozca y se tenga claro las fuentes de información para los planes de mejoramiento.	Realizando y revisando las encuestas, PQRSF, los indicadores entre otros.	Las oficinas de control interno y la atención al usuario.
Listados de Acciones preventivas, correctivas y de Mejora, que se deben implementar.	Que las no conformidades presentadas sean reales.	A través de una revisión a las auditorías realizadas.	Gerente, Líder del proceso, Asesor y Comité de Control Interno.
	Que tengan la fecha y el funcionario que la detecto.		
	Que tenga una buena relación Costo – Beneficio.	Que para tomar la decisión se hayan tenido en cuenta herramientas de análisis de causas.	

Salud Integral para Todos

Nit 890907297-3

Carrera 18 N° 16 - 05 Concordia, Antioquia.

Teléfono 844 61 61 - 844 77 23 - 844 77 22 Fax 844 66 06

hospitalconcordia@gmail.com

CONTROL DE ACTIVIDADES, PRODUCTOS E INSUMOS

Puntos de Control	Que se Controla	Como se Controla	Quien lo Controla
Listados de Acciones preventivas, correctivas y de Mejora, que se deben implementar.	Que la acción de mejora sea eficaz.	Que para tomar la decisión se hayan tenido en cuenta herramientas de análisis de causas	Gerente, Líder del proceso, Asesor y Comité de Control Interno.
	Que estén claramente definidas y evaluadas en las revisiones de la Organización.		
	Que estén atacando la causa raíz.	A través de una revisión al cronograma de auditorías.	Gerente, Líder del proceso, Asesor y Comité de Control Interno.
	Que se haya atacado la causa potencial de la no conformidad.	En la evaluación posterior para determinar si se hizo cierre de la acción.	
	Establecer un responsable.	En el acta de reunión de la auditoría	El líder del proceso
Realizar el análisis y manejo de indicadores	Que se tenga bien definido el tipo de indicador	Revisando la hoja de vida del indicador	Gerente y Líderes de los procesos,
	Que se tenga la hoja de vida del Indicador		
	Que se tenga claro el objetivo del indicador		
	Que se esté bien definida la fórmula del indicador		
Seleccionar las acciones de Mejora, Preventivas y Correctivas	Que se tengan evidencias de las acciones a corregir o mejorar	Análisis de los servicios no conformes. Evaluación de la satisfacción de los clientes. Análisis de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de los clientes. Resultados del seguimiento y medición de los procesos. (Auto evaluación). Resultados de las auditorías internas y externas de calidad. Resultados de las auditorías independientes. Resultados de la revisión por la dirección. Resultados de las encuestas de medición de la satisfacción de los usuarios	La Auxiliar administrativa encarga de la SIAU y los Líderes de los procesos
Seguimiento del Plan de mejoramiento	Que se esté realizando evaluación al Plan de mejoramiento en forma periódica.	Mediante la verificación de las acciones que fueron establecidas.	Gerente, el asesor y el Comité de Control Interno
		Con el cierre de las acciones	
		La revisión de los informes presentados por los líderes de los procesos	



REGISTROS Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Código del Documento	Nombre del Documento	Responsable de los Documentos	Lugar de Almacenamiento (Protección)	Recuperación del Documento	Tiempo de Retención	
2370 - 30	Encuestas, Formato de PQRSD.	Oficina de Atención al Usuario – SIAU.	Oficina de la SIAU en el archivo de gestión.	Carpeta de las Encuestas y PQRSF.	Lo establecido en las TRD.	
2100 - 32	Indicadores.	Líderes de los Procesos	En el archivo de gestión de cada Área.	Carpeta de Indicadores.		
2100 - 21	Informes Evaluaciones de Control Interno.	Control Interno.	Control Interno en el archivo de gestión.	Carpeta de Evaluaciones o auditorías.		
2100 - 21	Cuadro de Mando Control para los Indicadores	Gerencia y jefes de áreas.	En la gerencia en el archivo de gestión.	Carpeta de indicadores.		
2200 - 29	Evaluaciones de desempeño.	Jefe de Área y Subgerente administrativa.	Hoja de vida activas en el archivo de gestión del área y de la subgerencia administrativa.	Carpeta de evaluaciones de personal.		
2100 - 21	Informes de las Auditorías Internas	Control Interno y jefe de áreas.	En cada una de las áreas auditadas en el archivo de gestión.	Carpeta de auditorías internas		
2100 - 29	Planes de Mejoramiento	Jefes de áreas				
2100 - 32	Registro de acciones de mejora, correctivas y preventivas					
2100 - 02	Actas de reuniones					Carpetas de las actas.
2000 - 08	Comunicados y oficios					Carpetas de comunicados y oficios.

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción Cambios
1.0 – 2.016	12/10/2016	Creación del Documento
2.0 - 2021	21/07/2021	Actualización de la versión 1.0.



PRODUCTO O RESULTADOS ESPERADOS:

1. Planes de mejoramiento establecidos y que se realice el seguimiento.
2. Fichas técnicas de indicadores de los diferentes procesos.
3. Establecer y tener claras las acciones que están produciendo una no conformidad en los diferentes procesos y procedimientos en el Hospital.
4. Elaborar y seguimiento del respectivo plan .de mejoramiento por parte de los líderes de los procesos y el asesor de control interno con el fin de establecer el cierre de las acciones propuesta en el plan.
5. Elaborar y evaluar los diferentes indicadores de acuerdo con su periodicidad y realizar el cuadro de control de los mismos.
6. Se tenga un mejoramiento continuo a los procesos y procedimientos del Hospital.

CÓDIGO DEL DOCUMENTO: 2100 - 32

VERSIÓN: 2.0 - 2021

PREPARADO POR: Oficina de Control Interno.

FECHA DOCUMENTO: Julio 21 de 2021

APROBADO POR: Gerente Empresa Social del Estado.

