



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

05GIS15 - V1

Al contestar por favor cite:20171100157591



Bogotá, 19 de Diciembre de 2016

19 DIC 2017

19 DIC 2017

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
Bogotá

Asunto: **Verificación Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora de fuente GESTIÓN DEL RIESGO**

Cordial saludo:

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Auditorias de 2017 de la Oficina de Control Interno y al procedimiento: "Formulación, seguimiento y cierre de Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP", código de documento 02GC03-V4, en lo correspondiente a las actividades Nos. 1, 11, 12 y 13, adjunto el informe de seguimiento.

El informe se realizó en base a los Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP de los procesos que contienen observaciones, hallazgos y/o no conformidades de fuente GESTION DEL RIESGO de la vigencia 2017, publicados en la Intranet de fechas julio, agosto y septiembre de 2017; además del seguimiento, se realizó un comparativo de las vigencias 2016 y 2017 y la verificación con los riesgos reconocidos en el mapa de riesgos Institucionales 2017 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, dadas de las acciones vinculantes y de complementariedad en la GESTION DEL RIESGO .

RESULTADO

DESCRIPCION INDICADOR	FUENTE GESTION DEL RIESGO	
	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2016	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2017
AVANCE DEL MEJORAMIENTO	47%	28,7%
CUMPLIMIENTO	28%	26,7%



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

Empresa Social del Estado

05GIS15 - V1

DESCRIPCION INDICADOR	FUENTE GESTION DEL RIESGO	
	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2016	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2017
RESULTADO PORCENTAJE DE CIERRES DE CICLOS DE MEJORAMIENTO	9%	0,0%

Cordialmente,


YETICA HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo 91 folios

c.c. Miembros Comité Directivo

Proyectó y elaboró: María Clara M.R.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

SEGUIMIENTO A

'PROCEDIMIENTO, FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE

DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP'

TIPO GESTION DEL RIESGO

Código del Documento 02GC03-V2

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2017



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

INDICE

1.	ASPECTOS GENERALES	
1.1	Objetivos de la Auditoría	3
1.2	Alcance de la Auditoría	3
1.3	Metodología	4
1.4.	Base legal	4
2.	VERIFICACION DEL PROCEDIMIENTO	5
3.	ANALISIS Y OBSERVACIONES COMPARATIVO 2016 Y 2017	25
4.	CONCLUSIONES	28
	ANEXO No. 1	36
	ANEXO No. 2	80

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

1. ASPECTOS GENERALES

OBJETIVO

Dar cumplimiento al Plan de Auditorías, aprobado para la vigencia 2017 de la oficina asesora de Control Interno y conforme lo establecido en el procedimiento Formulación, Seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP- 02GC03-V4

ALCANCE

El alcance está determinado por:

- Lo establecido en el programa de auditorías de Control Interno.
- El programa GESTION DEL RIESGO identificado con el código 01GC04-v1, aprobado en el mes de marzo de 2016, que registra en el numeral 5. DEFINICIONES los siguientes riesgos:
 - ✓ Riesgo de Corrupción
 - ✓ Riesgo de cumplimiento
 - ✓ Riesgo de imagen
 - ✓ Riesgo de seguridad del paciente
 - ✓ Riesgo de Tecnología
 - ✓ Riesgo estratégico
 - ✓ Riesgo Financiero
 - ✓ Riesgo operativo

En el NUMERAL 6.2. Establece *“Gestionar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales:*

- *Definir los planes de mejora que permitan gestionar los riesgos por cada uno de los procesos y en cada una de la unidades funcionales del HAS de acuerdo con el procedimiento 02GC03 – Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de mejora por procesos – PUMP.*
- *Revalorar los riesgos después de implementados los planes de mejora”*

En el numeral 3. “Seguimiento periódicos a los seguimientos establecidos por la institución.

- *Monitorizar los riesgos priorizados*
- *Evaluar la confiabilidad de los controles establecidos en los respectivos procesos en aras de ratificar o definir nuevos instrumentos.*
- *Recomendar soluciones frente a problemas relacionados con la gestión del riesgo”*

- Procedimiento Formulación, Seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP-02GC03-V4.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

METODOLOGIA

Partiendo de los indicadores generales en los Planes Únicos de mejora por proceso –PUMP se llegó a las observaciones, hallazgos y/o no conformidades cuya fuente es la GESTION DEL RIESGO, de acuerdo a lo establecido en el procedimiento Formulación, Seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP- 02GC03-V4, en las actividades cuyo responsable es la oficina asesora de Control Interno, en la última parte se realiza un comparativo de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades de las vigencias 2016 y 2017 con fuente GESTION DEL RIESGO..

BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA.

LEY 23 DE 1981 Código de Ética La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia. “La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”.

la ley 87 de 1993, estableció que todas las entidades públicas, debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación, con miras a garantizar la integralidad y efectividad en el ejercicio de las funciones y el buen uso de los recursos públicos.

DECRETO 1876 DE AGOSTO DE 1994. por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las *Empresas Sociales del Estado*. *NOTA: Aclarado por el Decreto Nacional 1621 de 1995, en el sentido que el presente Decreto reglamenta los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993. Artículo 11 numerales: 2. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa social. 3. Aprobar los Planes Operativos Anuales. 10. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.*

DECRETO 1599 DE 2005. Por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI para el Estado Colombiano- MECI 1000:2005.

DECRETO 943 DE 2014. por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano – MECI, en el cual se determinan las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación

Los planes de mejoramiento institucional, surgen principalmente como resultado de los diferentes procesos de auditoría que los órganos de control efectúan anualmente a los sujetos de control del orden nacional y/o territorial.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Circular reglamentaria No. 001 de febrero de 2014 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, que tiene por asunto la implementación de los planes de mejoramiento e instructivo

RESOLUCIÓN No. 125 de 2016 por el cual se adopta un nuevo mapa de procesos institucional y que *deberá adoptarse* en todas la unidades Funcionales con que cuenta el Hospital.

2. VERIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE AL PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP

El Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana , según lo establece el acto administrativo No. 125 de marzo de 2016 adopta un nuevo mapa de procesos institucional y que *deberá adoptarse* en todas la unidades Funcionales con que cuenta el Hospital.

Basados en este nuevo mapa de procesos y con el procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre al Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP, código del documento 02GC03-V4, aprobado en el mes de junio de 2017 del proceso Gestión de Calidad y con la evidencia se realiza el presente informe de seguimiento al procedimiento:

APLICACIÓN

Para TODOS los procesos, informes de Auditoria, planes y programas instituciones, dando cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Y SUS Unidades Funcionales.

Actividad 1.

IDENTIFICAR FUENTES A MEJORAR

Principales fuentes de identificación de no conformidades reales, potenciales y oportunidades de mejora

Evidencia:

Verificados veintiocho (28) Planes Únicos de Mejora por Proceso – PUMP, de los cuales publicados en la Intranet se encuentran:

Tres (3) procesos tienen publicados el PUMP 2017 (Gestión Financiera y Gestión jurídica en el mes de Julio y Gestión de bienes y servicios en el mes agosto de 2017) y su respectivo seguimiento del mes de septiembre de 2017;

Dieseis (16) procesos tiene publicado el PUMP 2017 en el mes de septiembre de 2017;

Siete (7) procesos tienen publicado un seguimiento en el PUMP en el mes de septiembre;

Y dos (2) procesos no cuentan con ninguna publicación del PUMP en la Intranet.

Lo anterior se observa en la tabla No. 1

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No1 Fechas de publicación de los Planes Únicos de mejora por proceso -PUMP

DESCRIPCION PROCESO	PUBLICACION PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP	PUBLICACION SEGUIMIENTO AL PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO -PUMP
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	26 de septiembre de 2017	
GESTION DE LA CALIDAD	26 de julio de 2017	
GESTIÓN DE LA INFORMACION		27 de septiembre de 2017
GESTIÓN JURIDICA	27 de julio de 2017	27 de septiembre de 2017
ESTERILIZACIÓN		28 de septiembre de 2017
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA		27 de septiembre de 2017
FACTURACIÓN Y RECAUDO		26 de septiembre de 2017
GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	27 de septiembre de 2017	
HOTELERIA HOSPITALARIA	27 de septiembre de 2017	
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS	23 de agosto de 2017	26 de septiembre de 2017
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	27 de septiembre de 2017	
GESTION FINANCIERA	26 de julio de 2017	26 de septiembre de 2017
DESARROLLO DE SERVICIOS	26 de septiembre de 2017	
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	Ninguno	
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	28 de septiembre de 2017	
ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO	27 de septiembre de 2017	
ATENCION FARMACEUTICA		27 de septiembre de 2017
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		28 de septiembre de 2017
IMÁGENES DIAGNOSTICAS		28 de septiembre de 2017
BANCO DE SANGRE	27 de septiembre de 2017	
APOYO DIAGNOSTICO	27 de septiembre de 2017	
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.	25 de septiembre de 2017	
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	20 de septiembre de 2017	
INVESTIGACIÓN	27 de septiembre de 2017	
DOCENCIA	27 de septiembre de 2017	
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	26 de julio de 2017	
AUDITORIA Y CONTROL	NINGUNA	

[Handwritten signature]

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Fundamentados en la información anterior, en la tabla No. 2 se identifican en las columnas, las fuentes de la descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad de los procesos y las filas identifican cada uno de los procesos.

Tabla No. 2 Fuente de la observación, hallazgo y/o no conformidad de los procesos

DESCRIPCION PROCESO	AUDITORIA EXTERNA INCONTEC	INDICADORES DE GESTIÓN	AUTOCONTROL	AUDITORIA EXTERNA CUNDINAMARCA	AUDITORIA INTERNA HSEQ	ACREDITACION	OTRAS	AUDITORIA CONTROL INTERNO	REVISIÓN GERENCIAL	RENDICION DE CUENTAS	GESTION DEL RIESGO	AUDITORIA INTERNA HABILITACIÓN	PQRS	REFERENCIACIÓN	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SERVICIO NO CONFORME	EUDITORIA EXTERNA INVIMA	AUDITORIA EXTERNA IPS	TOTAL
DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO			2																2
GESTION DE LA CALIDAD	1		2	1	1	1													6
GESTIÓN DE LA INFORMACION							1	1											2
GESTIÓN JURIDICA			2		4														6
ESTERILIZACIÓN			1		1		1				1	1							5
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA					3						1	16		1	5				26
FACTURACIÓN Y RECAUDO					1	1	2				4								8
GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA					1	5						1			1				8
HOTELERIA HOSPITALARIA			1		2							3	3	1					10
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS			2		2					1	1								6
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1					2			1										4
GESTION FINANCIERA SEGUIMIENTO ¹						1		21											22

¹ El Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP del proceso de gestión Financiera , publicado en la Intranet con fecha 26 de julio de 2017 registra cinco (5) observaciones, hallazgos y/o no conformidades; el seguimiento al Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP de fecha 26 de septiembre de 2017 registra un total de veintidós (22) observaciones, hallazgos y/o no conformidades.

new

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION PROCESO	AUDITORIA EXTERNA INCONTEC	INDICADORES DE GESTIÓN	AUTOCONTROL	AUDITORIA EXTERNA CUNDINAMARCA	AUDITORIA INTERNA HSEQ	ACREDITACION	OTRAS	AUDITORIA CONTROL INTERNO	REVISIÓN GERENCIAL	RENDICION DE CUENTAS	GESTION DEL RIESGO	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	PQRS	REFERENCIACIÓN	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SERVICIO NO CONFORME	EUDITORIA EXTERNA INVIMA	AUDITORIA EXTERNA IPS	TOTAL
DESARROLLO DE SERVICIOS			1			2													3
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA																			0
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS		1				1							2						4
ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO		1	2	1	1	4	7						4		1				21
ATENCION FARMACEUTICA		2	1		9	1	2				3	1			1		16	1	37
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					1	1													2
IMÁGENES DIAGNOSTICAS			4		1	3	3						2		1			1	15
BANCO DE SANGRE			3	2	1									2		1	4		13
APOYO DIAGNOSTICO					3		1							3					7
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.					1						1	1							3
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO			2		1		7				2		2						14
INVESTIGACIÓN	1		1		1														3
DOCENCIA			1			3													4
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA			4		2	1		4											11
AUDITORIA CONTROL	Y																		0

Handwritten signature and initials.

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
--------------	---------------------	-----------------------

DESCRIPCION PROCESO	AUDITORIA EXTERNA INCONTEC	INDICADORES DE GESTION	AUTOCONTROL	AUDITORIA EXTERNA CUNDINAMARCA	AUDITORIA INTERNA HSEQ	ACREDITACION	OTRAS	AUDITORIA CONTROL INTERNO	REVISION GERENCIAL	RENDICION DE CUENTAS	GESTION DEL RIESGO	AUDITORIA INTERNA HABILITACION	PQRS	REFERENCIACION	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SERVICIO NO CONFORME	EUDITORIA EXTERNA INVIMA	AUDITORIA EXTERNA IPS	TOTAL
TOTAL	3	4	29	4	36	26	24	26	1	1	13	23	13	7	9	1	20	2	242

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP por proceso

Verificado en la tabla las fuentes (de todos los procesos) de la observación, hallazgo y/o no conformidad de formato 05GC24-V3, publicado en la intranet con lo establecido en la actividad 1 del procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre al Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP², se evidencian diferencias, por cuanto los Planes Únicos de Mejora por Procesos – PUMP contienen además de las establecidas en el procedimiento; las Auditoria externa lcontec, Auditoria Control Interno y Rendición de Cuentas.

La participación porcentual de las fuentes de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades dentro del total de la información publicada de los Planes Únicos de Mejora por Procesos – PUMP, registra la siguiente información:

Tabla No. 3 Participación por FUENTE

DESCRIPCION PROCESO	NUMERO TOTAL POR FUENTE	PARTICIPACIÓN DENTRO
AUDITORIA EXTERNA INCONTEC	3	1,24%

² Actividad 1 IDENTIFICAR FUENTES A MEJORAR

Principales fuentes de identificación de no conformidades reales principales y oportunidad de mejora:

- Resultados revisión gerencial
- Auditoria Interna de calidad (Habilitación, acreditación, Gestión de calidad, gestión ambiental, gestión en salud y seguridad en el trabajo, gestión del riesgo, seguridad del paciente)
- Auditoria Externa (entes de control específicos como secretaria de salud, INVIMA).
- Autocontrol (análisis del informe de gestión anual, trimestral por procesos).
- Servicio no conforme
- Indicadores de gestión.
- Referenciación quejas, reclamos y sugerencias de mejoramiento en la prestación de servicios y
- Otros (evaluación de satisfacción de cliente, resultado inspecciones).

11/02/2021
[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION PROCESO	NUMERO TOTAL POR FUENTE	PARTICIPACIÓN DENTRO
INDICADORES DE GESTIÓN	4	1,65%
AUTOCONTROL	29	11,98%
AUDITORIA EXTERNA CUNDINAMARCA	4	1,65%
AUDITORIA INTERNA HSEQ	36	14,88%
ACREDITACION	26	10,74%
OTRAS	24	9,92%
AUDITORIA CONTROL INTERNO	26	10,74%
REVISIÓN GERENCIAL	1	0,41%
RENDICION DE CUENTAS	1	0,41%
GESTION DEL RIESGO	13	5,37%
AUDITORIA INTERNA HABILITACIÓN	23	9,50%
PQRS	13	5,37%
REFERENCIACIÓN	7	2,89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	9	3,72%
SERVICIO NO CONFORME	1	0,41%
EUDITORIA EXTERNA INVIMA	20	8,26%
AUDITORIA EXTERNA IPS	2	0,83%
TOTAL	242	100,00%

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP por proceso

Las Actividad 2 a la 10

Del procedimiento no contienen descripciones que conciernan para el presente informe

Actividad 11.

REALIZAR SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA DE FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo establecido en esta actividad y con lo verificado en la actividad 1 del procedimiento Formulación, Seguimiento y Cierre al Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP, código del documento 02GC03-V4, en la tabla No. 3 (tabla anterior) se puede observar que el 5.34% de fuentes GESTION DEL

Men

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RIESGO (13 observaciones, hallazgos y/o no conformidades) de los procesos harán parte del presente informe de seguimiento.

Descripción

1. Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa que el resultado sea el esperado, esta verificación se hace a través del seguimiento semestral coherente con los periodos de corte institucionales (primer y segundo semestre), en los cuales se registran los soportes del avance, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance, completo, en desarrollo, no iniciado o atrasado.

Evidencia

Con oficio de 28 de noviembre de 2017 se solicitó a los siete (7) procesos que tienen como fuente la GESTIÓN DEL RIESGO y se allegan las evidencias

PROCESO	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO PUMP - FUENTE GESTION DEL RIESGO
	FECHA DE PUBLICACION
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	20 de septiembre de 2017
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	25 de septiembre de 2017
ATENCION FARMACEUTICA	Seguimiento 27 de septiembre de 2017
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Seguimiento 27 de septiembre de 2017
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	23 de agosto de 2017 Seguimiento 26 de septiembre de 2017
FACTURACION Y RECAUDO	Seguimiento 26 de septiembre de 2017
ESTERILIZACION	Seguimiento 28 de septiembre de 2017

Verificado el cumplimiento de las acciones de mejora y de las actividades específicas de mejoramiento de cada uno de los hallazgos de los procesos, cuya fuente es gestión del riesgo, según la información entregada por los servidores públicos que lideran cada uno de los procesos obteniendo el resultado plasmado en la Tabla No. 4, a continuación:

[Handwritten signature]

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

				2017					
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCION
ESTERILIZACIÓN	1	GESTIÓN DEL RIESGO	may-15	Registro inadecuado o incompleto de la información contenida en los libros del servicio	Definir actividades de monitoreo y/o seguimiento a la calidad del registro de la información a consignar en los libros del servicio	<ol style="list-style-type: none"> Realizar capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información en los libros. Monitorear la calidad del registro de la información 	1, En actas de reunión del servicio o área de esterilización de fechas 17 de abril, 29 de marzo, 25 de mayo de 2017 en los temas a tratar se evidencia dentro de los temas a tratar el tema relacionado con los libros; con fecha 5 de diciembre de 2017 se evidencia la planilla de socialización de documentos (Libro de registro lavado de instrumental 05ES27-V1 y entrega de turno 05ES24-V1); No se evidencian capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información de los libros.	75%	EN DESARROLLO
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	2	GESTIÓN DEL RIESGO	01/04/2016	TODOS LOS SERVICIOS: Priorización inadecuada de las necesidades de infraestructura	Definir metodología que permita analizar las necesidades de infraestructura generadas por los procesos del hospital	<ol style="list-style-type: none"> Documentar metodología para la priorización de necesidades de infraestructura Socializar a los líderes de proceso la metodología de 	En el informe de seguimiento de la vigencia 2016 se informó: "La metodología para la priorización de necesidades se realizó de acuerdo a la caracterización del proceso; la socialización se realizó luego de la priorización de necesidades, y la priorización de	75%	EN DESARROLLO

0.002

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN
						priorización de necesidades de infraestructura 3. Realizar la priorización de las necesidades de infraestructura con la metodología establecida 4. Realizar seguimiento a las necesidades de infraestructura.	responde a los factores urgente y no urgente. No se evidencia metodología para la priorización sin embargo se realizó el procedimiento "Recepción y ejecución de solicitudes de mantenimiento" - código 02GIF02-V2, aprobado el 27-06*2017. El procedimiento se socializo el 23-06-2017 a 14 servidores públicos del servicio de infraestructura, no se evidencia la socialización a los líderes de proceso. Se evidencia un informe, sin fecha de los indicadores de enero agosto en donde se observa que: el número de mantenimientos es de 1862, el 59,08% de los mantenimientos son correctivos y el 40,92% son preventivos; del total el 43,7% son prioritarios y el 57,14% son realizados a través de la mesa de ayuda.		

men

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCION
FACTURACION Y RECAUDO	2	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Sobre ejecución de los Contratos	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	de Seguimiento en medio magnético de los contratos legalizados de la vigencia para determinar si se debe realizar informe de ejecución	Se soporta la evidencia con los informes periódicos de: Contrato 345 de CAPRESOCA EPS. Contratos Nos. 21100101173ES24 y 21100101173ES23 de COMPARTA. Contratos de CONVIDA EPS Nos. 120,11,01,147 Capita; 120,11,01,146 evento; 120,11,01,060; No. 120,11,01,053 por valor de \$200,000,000, en el informe de julio 14 de 2017 registra una sobre ejecución de 178%; No. 120,11,01,151 - evento por valor de \$31,500,000,000, en el informe de septiembre 13 de 2017 registra una sobre ejecución de 101%; No. 120,11,01,052 - Unidad Funcional Zipaquirá, con diferentes valores del contrato, en el último informe entregado como evidencia registra un valor del contrato de \$320,000,000 y una sobre ejecución del 152%. Aun cuando se vienen realizando la acción de mejora y la actividad específica se registra en tres de los contratos de CONVIDA EPS sobre ejecución.	100%	

12/27

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN
FACTURACION Y RECAUDO	3	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Inadecuado registro de la ratificación de la glosa y/o devolución	Registro de las cuentas en la Subcuenta de ratificación	Informe en archivo plano	Los movimientos de la glosa se realizan en las cuentas de orden, conforme lo establece el catálogo de cuentas de la CGN, el módulo de contabilidad registra todos los movimientos de la vigencia. Evidencias: Acta de fecha 5/07/2017 objeto socialización errores al ingresar pacientes, "...seguimiento al proceso de admisiones se evidencia que el primer trimestre del año se incrementaron los errores ...", acta de fecha 30/11/2017 objeto socialización errores al ingresar los pacientes registra: "en el tercer y cuarto trimestre del año en curso se disminuyeron los errores comparándolos con los anteriores trimestres..."; en ambas actas reporta como errores más comunes están: la cedula no concuerda con el paciente porque se digita mal, 2, la dirección que se registra no concuerda con el domicilio del paciente y 3. La ciudad de residencia no coincide	100%	
FACTURACION Y RECAUDO	4	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Identificación del paciente inadecuada	Socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente	Acta de socialización del informe generado por el área de estadística de las inconsistencias presentadas en el ingreso del paciente		100%	

MEW

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

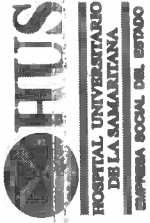
Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN
FACTURACION Y RECAUDO	5	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Que se genere subfacturación o sobrefacturación	Socialización de los hallazgos encontrados en las auditorías internas en el área de cuentas médicas	<ol style="list-style-type: none"> Informe de auditorías y retroalimentación a los funcionarios de facturación Procedimiento publicado en la Intranet del Hospital Acta de socialización del procedimiento a los colaboradores que facturan en el hospital Realizar seguimiento y análisis al indicador de errores de facturación 	<p>con la real en donde vive el usuario.</p> <p>En soporte se evidencian a 15/11/2017 un total de 311 observaciones al ingresar los pacientes.</p> <p>El archivo Excel que soporta estas actividades especifican registran la glosa desde 2014 y en su consolidado se evidencian las causas de observaciones u objeciones más frecuentes, entre las que figuran: facturación de estancia (21,06%), facturación de materiales (33,72%) y facturación ayudas diagnosticas (13,56%).</p> <p>El procedimiento gestión de glosas y/o devoluciones - 02FR05-V2, aprobado el 17/04/2017 y publicado en la intranet el 11-05-2017 tiene por objeto resolver satisfactoriamente las glosas y/o devoluciones que hacen las EAPB a las facturas por servicios prestados a sus afiliados en el HUS.</p>	50%	EN DESARROLLO

2017

[Handwritten signature]

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
---------------------	----------------------------	------------------------------

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

		2017							
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN
GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	10	GESTIÓN DEL RIESGO	31/03/2016	Supervisión no adecuada que permita sanciones a contratistas /supervisión ilegal	Actualizar procedimiento de ejecución contractual	Actualizar procedimiento Socializar procedimiento Realizar informes de supervisión Auditar informes de supervisión	El Subdirector de bienes compra y suministros en oficio de fecha 6 de diciembre de 2017 informa "...quiero precisar que dicho hallazgo no es competencia de la Subdirección de bienes compras y suministros, por cuanto esta oficina no hace supervisión de contratos ni tampoco informes de auditorías; solo gestionamos los requerimientos de las diferentes áreas del HUS".		NO APLICA
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	35	GESTIÓN DEL RIESGO		Recepción de medicamentos y dispositivos médicos	Desplegar e implementar el procedimiento de Recepción de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente medir la adherencia al procedimiento.	1. Socialización al personal de Bodega de Farmacia del procedimiento de recepción técnica 2. Aplicar lista de chequeo de recepción Técnica	Igual que e que el seguimiento a las acciones de mejora de fuente de gestión del riesgo - vigencia 2016. El Procedimiento Recepción de productos Farmacéuticos - código 02AF02-V1, aprobado el 27-10-2015. En la vigencia 2017 no ha se conocen evidencias de aplicación de las listas de chequeo ni el indicador de adherencia.	0%	

2/2/17

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACION, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCION
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	36	GESTIÓN DEL RIESGO		Vencimiento de Productos Farmacéuticos	Controlar el inventario en cuanto a fechas de Vencimiento	1. Análisis periódico de los días de inventario que cruce contra fechas de vencimiento 2. La bodega de vencidos estará a cargo del Líder del proceso	No se allega soportes a la acción de mejora y/o seguimiento a las actividades específicas de mejoramiento.	0%	
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	37	GESTIÓN DEL RIESGO		Entrega inadecuada de Productos Farmacéuticos	Disminuir la probabilidad de dispensación inadecuada de productos farmacéuticos	1. Auditorías al alistamiento de carros de productos farmacéuticos 2. Capacitación en medicamentos LASA y Alto Riesgo 3. Realizar seguimiento al Indicador Tasa de Eventos Adversos a Medicamentos asociados a la dispensación	No se allega soportes a la acción de mejora y/o seguimiento a las actividades específicas de mejoramiento.	0%	
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	3	GESTIÓN DEL RIESGO	01/04/2015	Inoportunidad en la Programación Quirúrgica	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo por un periodo de tiempo,	1. Agendar por bloque quirúrgico y por demanda histórica por especialista	Se adjunta diagnóstico elaborado por Johnson y Johnson con datos de enero y febrero de 2015 y presentación comparativa de	50%	EN DESARROLLO

ACT

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

2017									
PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCION
				basado en observación y el registro de porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y movimientos, cancelaciones, retrasos, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Equilibrar la demanda de Quirófano v/s la utilización histórica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electrónicos y divulgación de resultados.	basado en observación y el registro de porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y movimientos, cancelaciones, retrasos, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Equilibrar la demanda de Quirófano v/s la utilización histórica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electrónicos y divulgación de resultados.		indicadores desde 2014 hasta septiembre de 2017. Se adjunta archivo Excel, base de datos con la información de las cirugías de urgencias y programadas de enero a noviembre de 2017. No se evidencia acciones de mejoramiento para lograr el equilibrio de la acción de mejora.		

10/11/17

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCION
ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO	1	GESTIÓN DEL RIESGO	06/04/17	Inasistencia No asistencia del paciente a la atención programada en consulta - No prevenible	Mantener como máximo 12% de inasistencia	1. Confirmación al 10% de citas asignadas	Se evidencia seguimiento mensual en archivo Excel de los indicadores correspondientes a consulta externa, el porcentaje de inasistencia se mantiene hasta el tercer trimestre de 2017 en el 12%. La confirmación telefónica de la citas se realiza al 8%; la confirmación de las citas a más de 20 días es de 106%. El seguimiento mensual de la inasistencia es del 62%.	67%	EN DESARROLLO
						2. Seguimiento mensual al 20% de la inasistencia 3. Solicitud a Contratos y mercadeo, de coordinar Reunión con INPEC, para generar acuerdos que disminuyan inasistencia			
ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO	4	GESTIÓN DEL RIESGO	10/03/17	Demora en la Atención	4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad en entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos	4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad en entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos	Se evidencia con actas Nos 28, 46, 67 de 18 de mayo, 7 de julio y 48 de septiembre, de 2017, respectivamente, el seguimiento y análisis a la cirugía vascular.	100%	

over

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Tabla No. 4 Seguimiento A Observaciones, Hallazgos y/o No Conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO

PROCESO	# HALLAZGO	FUENTE	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	CUMPLIMIENTO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN
				especialista para toma de correctivos	5. Toma de correctivos en la planeación de la atención por especialista.	5. Toma de correctivos en la planeación de la atención por especialista.	Se proponen correctivos de ampliar el tiempo de la atención a 30 minutos por consulta siempre y cuando también se realice la atención y registro de la historia de manera simultánea; el especialista manifiesta no cambiar su estrategia y socializará estos datos a su equipo, con el fin de buscar mejora en el tiempo de atención junto con la entrega de soportes, con eficiencia y no en detrimento de la calidad.	30%	EN DESARROLLO

Fuente: Plan Único de mejora por proceso –PUMP de los Procesos de la E.S.E.

Handwritten signature and date.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME...	CODIGO DEL DOCUMENTO:
---------------------	----------------------------	------------------------------

De lo anterior, la tabla No. 3 que contiene la información de cada uno de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades, acciones de mejora, actividades específicas de mejoramiento, observaciones al seguimiento de Control Interno, cumplimiento y/o avance y descripción se desprenden los siguientes indicadores:

Tabla No. 4 – Indicadores

PROCESO	PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO PUMP - FUENTE GESTION DEL RIESGO					
	HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES	TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO	TOTAL ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	SUMATORIA % CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO EJECUTADAS AL 100%	CIERRE CICLOS
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	2	3	5	197%	1	
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	1	2	1	50%		
ATENCION FARMACEUTICA	3	3	7	0%		
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	1	1	2	75%		
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	1	1	4	NA		
FACTURACION Y RECAUDO	4	4	7	350%	3	
ESTERILIZACION	1	1	2	75%		

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP por procesos

- Registrar las barreras, problemas o limitantes presentados para el cumplimiento de la acción de mejora.

Evidencia

No es competencia de la oficina asesora de Control Interno, ya que solamente realizamos el seguimiento.

Para realizar este seguimiento se evidencian barreras como la no entrega de información oportuna, el desconocimiento del procedimiento por parte de quienes deben entregar la información, entre otras.

- Evaluar el comportamiento del indicador de resultado o el objetivo esperado definido anteriormente relacionado con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y el cumplimiento de la meta.

Handwritten signature and initials

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE DOCUMENTACIÓN:

Evidencia

El procedimiento identificado con código de documento 02GC-V4, en las actividades anteriores a esta no establece ningún *indicador de resultado o el objetivo esperado definido anteriormente*.

- Una vez terminado el seguimiento entregando en el formato 05GC24 plan único de mejora por proceso PUMP a la oficina Asesora de planeación para que realice la consolidación del PUMP.

Evidencia

Conforme lo establecen los roles de la oficina Asesora de Control Interno, este informe será entregado a la Gerencia para los trámites pertinentes.

Actividad 12.

EVALUAR EL CIERRE DE CICLOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora que se presentan en la tabla No. 5 evidencian las acciones de mejora que de acuerdo a las actividades específicas de mejoramiento tienen un avance del 100%, sin embargo esta acción y actividades específicas no alcanzan el objetivo esperado y la acción no fue efectiva, por tanto no hay cierre de ciclos.

Tabla No. 5 Acciones de Mejoramiento con avance 100%

PROCESO	FUENTE	FECHA	2017		
			DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO
FACTURACION Y RECAUDO	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Sobre ejecución de los Contratos	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	Seguimiento en medio magnético de los contratos legalizados de la vigencia revisados para determinar si se debe realizar informe de ejecución
FACTURACION Y RECAUDO	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Inadecuado registro de la ratificación de la glosa y/o devolución	Registro de las cuentas en la Subcuenta de ratificación	Informe en archivo plano
FACTURACION Y RECAUDO	GESTIÓN DEL RIESGO	Mayo de 2015	Identificación inadecuada del paciente	Socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente	Acta de socialización del informe generado por el área de estadística de las inconsistencias presentadas en el ingreso del paciente

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

PROCESO	FUENTE	FECHA	2017		
			DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO
ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO	GESTIÓN DEL RIESGO	10/03/17	Demora en la Atención	4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad en entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos	4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad en entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos

Actividad 13.

EVALUAR EL MEJORAMIENTO CONTINUO POR PROCESO

Descripción

El mejoramiento continuo por proceso se mide a través de los siguientes indicadores:

Indicador de avance del mejoramiento: porcentaje de avance de cumplimiento:

$$\frac{\text{Sumatoria del promedio de avance de los planes de mejora por proceso}}{\text{Número total de procesos con plan de mejora}} \times 100 = \frac{747}{26} \times 100 = 28.72\%$$

Indicador de cumplimiento: porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora:

$$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo}}{\text{Total de acciones de mejora programadas en el periodo}} \times 100 = \frac{4}{15} \times 100 = 26.67\%$$

Indicador de resultado: Porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento:

$$\frac{\text{Número de acciones cerradas en el periodo}}{\text{Número total de acciones generadas en el periodo}} \times 100 = \frac{0}{11} \times 100 = 0\%$$

DESCRIPCIÓN INDICADOR	FUENTE GESTION DEL RIESGO	
	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2016	PORCENTAJE PUMP PROCESOS 2017
AVANCE DEL MEJORAMIENTO	47%	28,7%
CUMPLIMIENTO	28%	26,7%
RESULTADO PORCENTAJE DE CIERRES DE CICLOS DE MEJORAMIENTO	9%	0,0%

02/07



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

Actividad 14.

ELABORAR Y COMUNICAR EL INFORME

El presente informe será radicado en la Gerencia para los fines pertinentes.; no es competencia de esta oficina dar cumplimiento a esta actividad en cuanto establece: "...Los Planes de Mejora por Procesos (consolidado), sus seguimientos y cierre, se publican en la Intranet para que esté disponible para todos los colaboradores".

3. ANALISIS Y OBSERVACIONES COMPARATIVO VIGENCIA 2016 Y 2017

Realizado el análisis comparativo de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades con fuente GESTION DE RIESGO de los Planes de mejoramiento por proceso – PUMP de las vigencias 2016 y 2017 se observa lo siguiente:

Tabla No.6 Comparativo 2016 -2017 fuente Gestión del Riesgo

DESCRIPCION PROCESO	FUENTE GESTION DEL RIESGO	
	PUMP PROCESOS 2016	PUMP PROCESOS 2017
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6	0
GESTION DE LA CALIDAD	0	0
GESTIÓN DE LA INFORMACION	2	0
GESTIÓN JURIDICA	0	0
ESTERILIZACIÓN	1	1
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	1	1
FACTURACIÓN Y RECAUDO	9	4
GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	4	0
HOTELERIA HOSPITALARIA	1	0
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS	5	1
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	4	0
GESTIÓN FINANCIERA	4	0
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	0
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	0	0
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	6	0
ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO	9	0
ATENCION FARMACEUTICA	3	3
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	3	0
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3	0
BANCO DE SANGRE	2	0

men

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



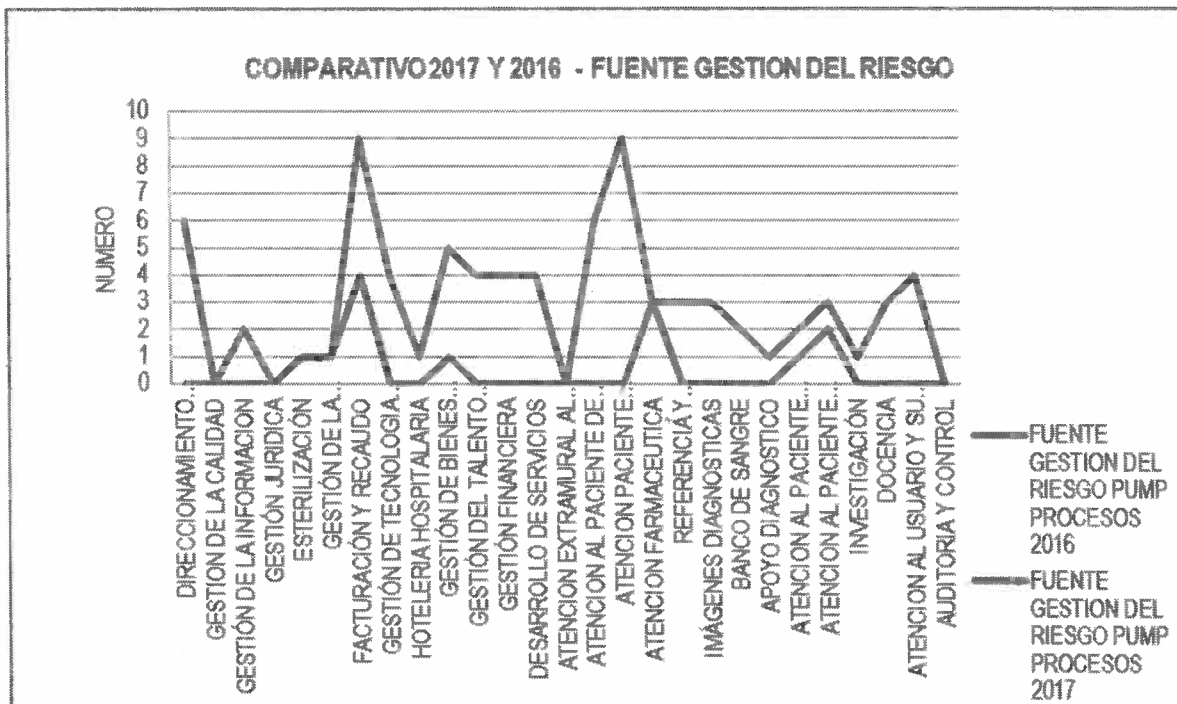
VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE PROCESO...

DESCRIPCION PROCESO	FUENTE GESTION DEL RIESGO	
	PUMP PROCESOS 2016	PUMP PROCESOS 2017
APOYO DIAGNOSTICO	1	0
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.	2	1
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	3	2
INVESTIGACIÓN	1	0
DOCENCIA	3	0
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	4	0
AUDITORIA Y CONTROL	0	0
TOTAL	81	13

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP por proceso



En la tabla No. 6 y el grafico No. 1 pueden apreciarse los indicadores por cada uno de los procesos, en cuanto a la fuente GESTÓN DEL RIESGO del Plan Único de mejora por proceso –PUMP de las vigencia 2016 y 2017, el detalle de las acciones de mejora y sus observaciones se evidencian en el Anexo No. 1, en donde se observa:

2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

- Que en la vigencia 2016 los PUMP de los procesos, al finalizar la vigencia, contenían 81 observaciones, hallazgos y/o no conformidades como fuente GESTION DEL RIESGO y corresponde al 27.27% del total de los hallazgos de esta vigencia. En la vigencia 2017 contienen 15 observaciones, hallazgos y/o no conformidades como fuente GESTION DEL RIESGO y corresponde al 5.26% del total de los hallazgos de 2017.
- Para la vigencia 2017 se registran en los PUMP de los procesos de 2017 doce (12) de las mismas observaciones, hallazgos y/o no conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO de la vigencia 2016.
- La generación y ejecución de las acciones de mejora para la vigencia 2016 registran en los PUMP de los procesos
- En la vigencia 2016 los PUMP de los procesos, al finalizar la vigencia, las acciones de mejora de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO y las acciones de mejora de la vigencia 2016 de los PUMP de los procesos, de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO presentan el siguiente avance; cabe aclarar que el comportamiento porcentual de los avances de las acciones de mejora que se presenta a continuación de la vigencia 2016 el resultado de lo ejecutado y los soportado de toda la vigencia y para la vigencia 2017 es el resultado y los soportes a la fecha del presente informe.
- Teniendo en cuenta el seguimiento y de manera porcentual se evidencian los siguientes indicadores comparativos de la vigencias 2016 y 2017:

Un descenso, de 9 puntos, en las acciones de mejora con rango de avance del 100%, ya que en el 2016 es del 35.8%, en el 2017 es del 26.7% del avance de las acciones de mejora;

En el rango de avance del 1% al 50% para la vigencia 2016 tuvo un avance del 9.9% y para la vigencia 2017 un avance de 26.7%;

En el rango de avance de 51% Hasta 99% para la vigencia 2016 registro dentro de este rango un 7.4% en las acciones de mejora propuestas y para el 2017 el 20.0% de avance en las acciones de mejora, lo que significa que se encuentran en desarrollo las acciones de mejora;

En el rango de avance igual a 0%, en la vigencia 2016 se registraron el 46.9% de las acciones de mejora, es decir no registraron ningún avance durante todo el periodo, mientras que para la vigencia 2017 el 20% de las acciones no se han iniciado a la entrega del presente informe.

- De las 38 (treinta y ocho) acciones de mejora con avance 0% en la vigencia 2016, continúan vigentes 4 (cuatro)³ en el Plan único de mejora por proceso _PUMP de la vigencia 2017; las restantes no figuran en ningún Plan único de mejora por proceso _PUMP y tampoco se evidencia documento alguno que manifieste y soporte el no desarrollo de estas acciones de mejora.
- Cinco (5)⁴ de las acciones de mejora de la vigencia 2016 con avance 100% en la vigencia 2016, se encuentran en los Plan único de mejora por proceso _PUMP de la vigencia 2017.

³ Proceso Atención al paciente quirúrgico (1), Proceso atención farmacéutica (1), Proceso Gestión de bienes y servicios (1) y Proceso Facturación y recaudo.

⁴ Proceso Atención al paciente ambulatorio (1), Proceso atención farmacéutica (2) y Proceso Facturación y recaudo (2),

Meza

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- La acción de mejora "Actualizar procedimiento de ejecución contractual" del proceso gestión de bienes y servicios que figura en los Plan único de mejora por proceso _PUMP de las vigencias 2016 y 2017 sin avances en las dos (2) vigencias, según nos informe el líder del proceso no es competencia de su proceso.

CONCLUSIONES

No se evidencia continuidad en las acciones de mejora, producto de las observaciones, hallazgos y/o no conformidades con fuente GESTION DEL RIESGO de los Planes único de mejora por proceso _PUMP de los procesos.

La matriz de riesgos institucional 2017, no indica cuales son los procesos responsables de la gestión de los riesgos allí identificados. De otra parte, señala en la columna " AGENTES GENERADORES INTERNOS Y EXTERNOS) de manera general algunos grupos de trabajo, algunas denominaciones de cargos que no corresponden del todo a la clasificación del manual de funciones y competencias de la entidad.

Para la vigencia 2017 no se publicó el Plan Único de mejora por proceso - PUMP Institucional (consolidado de todos los PUMP de los procesos). Por lo anterior, se ingresó al PUMP 2017 de cada proceso y se observó que de 26 procesos 7 procesos incluyeron acciones de mejora que tienen como fuente por lo menos un riesgo, los procesos a los que se hace referencia son: Esterilización, Gestión de la infraestructura, Facturación y recaudo, Atención Farmacéutica, Gestión de bienes y servicios, Atención al paciente ambulatorio y Atención al paciente quirúrgico, en total hay 13 hallazgos y 15 acciones de mejoramiento para atender los 27 riesgos de la matriz institucional 2017. Revisadas las acciones de mejoramiento se observa que para los riesgos solo para tres (3) de los veintisiete (27) se plantearon acciones de mejoramiento en los Planes Únicos de mejora por proceso - PUMP.

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Posibilidad de Aumento de Caídas de Pacientes en la Atención de salud	Seguridad del Paciente	Operativo	La probabilidad de que un paciente sufra una lesión secundaria a una caída interinstitucional durante la atención en salud			

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Aumento de la posibilidad de Infecciones asociadas al cuidado de la salud	Seguridad del Paciente	Operativo	Desarrollo de infección intrahospitalaria en paciente previamente no infectado			
Probabilidad de identificación inadecuada de pacientes	Seguridad del Paciente	Operativo	No se hace una verificación adecuada de la identidad del paciente antes de la realización de un procedimiento Hacer un inadecuado registro de los datos requeridos para el ingreso del paciente en el sistema	FACTURACION Y RECAUDO	Identificación inadecuada del paciente	Socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente
Aumento de la posibilidad de Úlceras por Presión	Seguridad del Paciente	Operativo	son lesiones causadas por presión, fricción o cizalla, o por combinación de estos tres tipos de fuerzas, que afectan a la piel y tejidos subyacentes			
Aumento de la posibilidad de utilización inadecuada de medicamentos	Seguridad del Paciente	Operativo	Se hace una administración de medicamento no adecuada, desde la selección, pasando por el almacenamiento, distribución, prescripción, obviando los controles establecidos por el Hospital.	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Recepción inadecuada de medicamentos y dispositivos médicos	Desplegar e implementar el procedimiento de Recepción técnica de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente medir la adherencia al procedimiento.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Riesgo de Morbimortalidad Materna de Alto Riesgo	Seguridad del Paciente	Poblacional	Muertes o riesgo muerte y complicaciones de la Gestante, puérpera o materna por diferentes causas que lo pueden originar como son por condición clínica, acceso, continuidad del tratamiento y/o pertinencia clínica.			
Riesgo de Morbimortalidad del Recién nacido Prematuro	Seguridad del Paciente	Poblacional	Muertes o riesgo muerte y complicaciones del recién nacido prematuro por diferentes causas que lo pueden originar como son por condición clínica, acceso, continuidad del tratamiento y/o pertinencia clínica.			
Aumento de los tiempos de Oportunidad en los tiempos de atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas	Seguridad del Paciente	Operativo	Tiempos prolongados en el proceso de atención de Imágenes Diagnosticas por motivos prevenibles			
Posible aumento de la oportunidad en la asignación de la cita	Seguridad del Paciente	Operativo	No satisfacción de la necesidad presentada por el paciente en cuanto a la oferta de servicios solicitada aumentando la oportunidad en la asignación de cita.			
Posible aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa	Seguridad del Paciente	Operativo	No se puede prestar el servicio al paciente por motivos institucionales, por parte del paciente o por otros motivos			

0121

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION DE ESTADOS:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
institucional						
Posible aumento de la oportunidad en la atención	Seguridad del Paciente	Operativo	No se atiende al paciente en la hora programada			
Aumento de la posible oportunidad en la programación quirúrgica	Seguridad del Paciente	Operativo	Demora en la programación de la cirugía	ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Inoportunidad en la Programación Quirúrgica	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo por un periodo de tiempo, basado en observación y registros el porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y movimientos, cancelaciones, retrasos, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Equilibrar la demanda de Quirófano v/s la utilización histórica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electrónicos y divulgación de resultados.
Probabilidad de realizar una cirugía en un paciente equivocado, sitio operatorio	Seguridad del Paciente	Operativo	Es una novedad de seguridad del paciente consecuente a una vulnerabilidad del paciente, que es prevenible bajo			

2017
[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
equivocado, procedimiento erróneo o implante equivocado			condiciones de cultura hospitalaria			
Posibilidad de falla en la prestación del servicio de salud	Jurídico	Jurídico - Constitucionales	Daño a la salud y/o la vida de los pacientes por la acción u omisión en la prestación del servicio de salud			
Posibilidad de Perdida de información Crítica	MECI	Operativo	Se presenta cuando hay una pérdida de información tanto física como digital, de las operaciones críticas (Historia Clínica, DGH, PACS, RIS, PATCORE, LABCORE, Contratos) del HUS			
Publicación de Información confidencial del HUS	MECI	Operativo	Se presenta cuando se realiza la publicación de información confidencial del HUS			
Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS	MECI	Tecnología	Se presenta cuando los sistemas de información críticos del HUS presentan falla y generan inconvenientes en la atención de los usuarios			
Posibilidad de violar procesos de selección en beneficio de terceros	MECI	Corrupción	Contratar a un colaborador sin que cumpla el perfil requerido o el debido proceso			

Handwritten mark

Handwritten signature

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE PROCESO DE MEJORA:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Realizar pagos en nómina no justificados o valores a los cuales no se tiene derecho	MECI	Corrupción	Realizar un pago a un colaborador de un monto salarial al cual no tiene derecho			
Beneficiarse de los servicios que presta el Hospital de los cuales no se tiene derecho	MECI	Corrupción				
Exponer a los colaboradores del Hospital a los riesgos relacionados con su seguridad y salud en el trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	Condiciones de Seguridad	Alusivo a una inadecuada ejecución de las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo			
Inoportuna comunicación e implementación de acciones estratégicas	MECI	Estrategico	Comunicación de información e implementación de la misma fuera de los términos definidos por la gerencia			
Incumplimiento del Plan de Gestión y POA (PAS)	MECI	Estrategico	Acciones definidas en el Plan de Gestión que no alcanzan el cumplimiento de la meta.			
Posibilidad de Baja rentabilidad que lleve a la liquidación de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana.	MECI	Financieros	La estructura financiera de la entidad presenta un desbalance por la no correspondencia entre los ingresos, los costos y los gastos.			

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DE IDENTIFICACION:

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017				PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO - PUMP 2017		
RIESGO	SISTEMA DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Posibilidad de Sobreestimación presupuestal de ingresos y/o subestimación del gasto.	MECI	Financieros	Análisis incompleto y/o inadecuado de las necesidades institucionales para la correcta estimación presupuestal.			
Posibilidad de Pago inoportuno de las obligaciones.	MECI	Financieros	Incumplimiento de los pagos de las obligaciones en las fechas establecidas contractualmente.			
Posibilidad de Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar.	MECI	Financieros	Efectuar giros por un mayor o un menor valor frente a la orden de pago.			
Posible No cumplimiento del plan de mejora	MECI	Cumplimiento	No ejecución de actividades del plan de mejora			

En la matriz de riesgos 2017 se observan la siguiente clasificación de riesgos: Operativo, poblacional, tecnología, corrupción, condiciones de seguridad, estratégico, financiero, cumplimiento.

La matriz de riesgos 2017 no contempla los siguientes tipos de riesgos dentro del "SISTEMA DE RIESGO - MECI": judiciales, Contractuales, Administrativos, de seguridad y privacidad de la información, legales o de cumplimiento, de imagen o confianza, etc., que están distribuidos y deben ser asumidos por los 26 procesos del mapa de procesos de la entidad.

En la matriz de riesgos 2016 se observaron la siguiente clasificación de riesgos: Seguridad del paciente, cumplimiento, operativos, financiero, imagen, tecnología, corrupción, estratégico.

Se ingresó a la intranet y se observó que ya no se encuentra publicada la matriz de riesgos institucionales del 2016; la publicación de esta matriz es necesaria para establecer un punto de comparación y referencia y determinar entre otras cosas cual fue la justificación de retirar los riesgos de la vigencia 2016 en la vigencia 2017. (En la vigencia 2016 en la matriz institucional de priorizada de riesgos había 68 riesgos en la vigencia 2017 hay 27 riesgos).

QUEEN

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

No se encontró ninguna evidencia que informe cuantos riesgos se materializaron en la vigencia 2016 y 2017.

De igual manera, se recomienda tener en cuenta los elementos establecidos por el DAFP en la preguntas del FURAG 2017. (Anexo No. 2 las preguntas sobre riesgos y controles).

Con lo anterior se deberá elaborar el correspondiente Plan de Mejora.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado Control Interno

Bogotá D.C., Diciembre de 2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

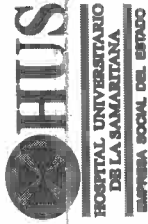
CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS				RESULTADOS					
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	No contar con el software o Vencimiento de Licencia del Software para la Tabulación Encuestas	Contar siempre con el Software para la tabulación de Encuestas al usuario	1. Identificar fecha de vencimiento de la licencia de software. 25% 2-Reportar a la Subdirección de sistemas el vencimiento del software, mínimo con 1 mes de anterioridad a su vencimiento. 25% 3- Realizar seguimiento para su adquisición 50%	0%	El Plan único de mejora por proceso Institucional 2016 no contiene este hallazgo y/o observación; incorpora posteriormente. En el PAS II SEMESTRE DE 2016 se registra: 'Se realiza la implementación del módulo de PQRD y se realiza la puesta en producción en septiembre de 2016 80%'				
ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO	Gestión Documental Desconocimiento de la cita asignada	Actualización y socialización del procedimiento de asignación de citas donde se describa la confirmación de citas	1. Actualización procedimientos de Asignación de citas que incluya confirmación 2. Socialización Procedimiento		Evidencia: El procedimiento asignación de citas, código 02PA02-V2, actualizado y aprobado en abril de 2016 y socializado en el mes de mayo a 16 personas. Se dio cumplimiento, al porcentaje de inasistencia de consulta, en el periodo 2016 fue de 11%.				

02

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS			RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	Inasistencia del paciente a la atención programada en consulta	Disminuir en 1% de porcentaje inasistencia	1. Confirmación de citas al 30% mensual de citas que se encuentran a más de 20 días. 2. Seguimiento mensual al 10% de la inasistencia		Se dio cumplimiento, al porcentaje de inasistencia de consulta, en el periodo 2016 fue de 11%	Definir actividades de monitoreo y/o seguimiento a la calidad del registro de la información a consignar en los libros del servicio	1. Realizar capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información en los libros. 2. Monitorear la calidad del registro de la información	75%	1, No se evidencian capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información de los libros. En actas de reunión de el servicio o área de esterilización de fechas 17 de abril, 29 de marzo, 25 de mayo de 2017 en los temas a tratar se evidencia dentro de los temas a tratar el tema relacionado con los libros; con fecha 5 de diciembre de 2017 se evidencia planilla de socialización de documentos (Libro de registro lavado de instrumental 05ES27-V1 y entrega de turno 05ES24-V1); 2, Se evidencia el monitoreo, mes a mes (enero a noviembre de 2017), por jornadas y encargados del registro de doce (12) libros.
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	Inasistencia del paciente a la atención programada en procedimiento de consulta externa	Disminuir en 1% de porcentaje inasistencia	1. Confirmación de citas al 30% mensual para procedimientos de Seguimiento mensual al 10% de la inasistencia 2. Seguimiento mensual al 10% de la inasistencia		Se dio cumplimiento, al porcentaje de inasistencia de consulta externa en el primer semestre de 2016 fue de 7%				

2400

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMIP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Inoportunidad en la Programación Quirúrgica	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo por un periodo de tiempo, en observación y registros el porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y movimientos, cancelaciones, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Equilibrar la demanda v/s la utilización histórica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electrónicos de divulgación resultados.	Elaborar propuesta para sistemas de reglas para la asignación del tiempo Quirúrgico. Con cada especialista	0%	En la vigencia 2015 se realizaron 4680 procedimientos de urgencias + 17059 procedimientos programados para un total de 21739. En la vigencia 2016 se realizaron 4567 procedimientos de urgencias + 16058 procedimientos programados, para un total de 20626. No hay aumento de la productividad, hay disminución del 5,12% No se da cumplimiento a la múltiple acción de mejora.	Diagnosticar a través de un estudio descriptivo por un periodo de tiempo, en observación y registros el porcentaje de utilización de los Quirófanos, tiempos y movimientos, cancelaciones, Roles y responsabilidades para la captura y consolidación de datos. Equilibrar la demanda v/s la utilización histórica por los especialistas, aumentando la utilización del tiempo reservado. Capturar y consolidar datos manuales y electrónicos de divulgación resultados.	1. Agendar por bloque quirúrgico y por demanda histórica especialista	50%	Se adjunta diagnóstico elaborado por Johnson y Johnson con datos de enero y febrero de 2015 y presentación comparativa de indicadores desde 2014 hasta septiembre de 2017. Se adjunta archivo Excel, base de datos con la información de las cirugías de urgencias y programadas de enero a noviembre de 2017. No se evidencia acciones de mejoramiento para lograr el equilibrio de la acción de mejora.

14/10/17

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO	Presencia de novedades de Seguridad en la atención	1.1. Error de identificación del paciente y del sitio a intervenir. 1.2. No adherencia a guías y protocolos 1+3. Error en los procedimientos por fallas de supervisión docente. 1.5. error en la técnica por falta de experiencia. 1.6. Fatiga del personal de la sala. 2.1. Errores relacionados con el procesamiento de instrumental (Esterilización). 2.2. Error en el recuento de gasas, toallas e instrumental. 3.1. Preparación y administración inadecuada de medicamentos. 3.2. Lesiones en piel asociadas a prolongadas y a dispositivos invasivos. 4.1. Omisión de la lista de chequeo de seguridad del paciente. 4.2. error en la calibración de equipos biomédicos. 5.1. Compra de dispositivos médicos	Monitoreo y control de las actividades que estructuran el proceso de ATENCIÓN Quirúrgica.	60%	Hallazgo de fecha 04/2015. Se evidencian documentalmente los soportes de las acciones de mejora para las vigencia 2016, entre las que se encuentran soportadas las socializaciones realizadas al personal de Cx en 'normas de comportamiento en salas', 'insumos de farmacia', 'tramites de muestras de patología', 'lavado de manos'. Se realizó auditoría por parte de la profesional especializada del área con el ánimo de controlar y garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud contribuyendo con el mejoramiento de vida de la población y la administración eficiente y eficaz de los recursos asignados. Se aplica la lista de chequeo para la seguridad del paciente con código (05CX30-V1) 05PX45-V1. No hay adherencia a guías y protocolos El Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 tiene un avance del 60%				

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	de identificación laboratorios críticos	de procedimiento de identificación de resultados laboratorios críticos y definir las alertas.	1. Identificar los valores de referencia con especialidad.	0%	Hallazgo de fecha de 05/2015. No se evidencia La Acción de mejora cumplida en el 2016; se realizó y público en la intranet el protocolo alarma de resultados 'críticos' - código 03AD15-V1, del proceso de Apoyo Diagnóstico, elaborado 08/03/2017. La evidencia de cumplimiento: Con fecha de abril de 2016 se realizó acta de reunión en la que tuvo por objeto realizar ajuste de ellos valores críticos para informe inmediato con el personal médico de urgencias, medicina interna y UCI.				
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	No Oportunidad En Los Tiempos De Consulta	1. Contratar a Enfermera para triaje. 2. Priorizar las camas en pisos para pacientes aislados 3. Seguimiento mensual de los tiempos total de consulta por médico.	reubicación personal de enfermería Contratación de jefe de enfermería como gestora de calidad	67%	Soportada la contratación de una enfermera con certificación de Coltempora y el seguimiento mensual de los tiempos de consulta por médico.				

2020

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMPS DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	No oportunidad en algunos resultados de los laboratorios por demora en el transporte de las muestras al laboratorio.	1. Designar en horario completo a la auxiliar del laboratorio para la toma y transporte de muestras. 2. Verificar mediante indicador la mejora de los tiempos.	Reformulación de funciones de auxiliar del laboratorio - Seguimiento a tiempo de resultados de laboratorios		Con acta de marzo de 2016 se amplía el cubrimiento de toma de muestras en el servicio de urgencias por parte de laboratorio clínico en horas críticas y archivo con la oportunidad de laboratorio.				
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Caída de cualquier origen asociada a la atención	1. Socialización del protocolo de Prevención de caídas.	1. Socialización del protocolo de Prevención de caídas.	0%	Hallazgo y/o observación de la vigencia 2015.				
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Aplicación de Medicamentos equivocados, dosis, paciente y vía	capacitación al personal de enfermería sobre manual de Administración de terapia farmacológica	Socializar al personal de enfermería el manual de Administración de terapia farmacológica	0%	Hallazgo y/o observación de la vigencia 2015.				
ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	Infección del sitio de veno punción (Flebitis)	Capacitación estrategia multimodal lavado de manos Protocolo de veno punción de enfermería	1. Socialización de la estrategia multimodal 2. Adherencia del protocolo a lavado de manos 3. Socialización protocolo de veno punción	0%	Hallazgo y/o observación de la vigencia 2015.				

1020

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMF DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Aumento de mortalidad menor a 48 horas para el año 2014 fue de 2,7% y la mortalidad mayor a 48 horas fue de 6,7% y nuestra meta es de 0,6 y 1,5% respectivamente.	modificar metas de indicador mortalidad	1. Continuar análisis de mortalidad en los servicios asistenciales, cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia.	0%	Hallazgo y/o observación de la vigencia 2014. Descripción de la acción de mejora: Las fichas de los indicadores no han sido modificadas en la vigencia 2016 La ficha técnica del indicador de mortalidad mayor a 48 horas identificada con código 07UC04-V6 aprobada el 26-06-2014, cuyo valor esperado para el 2016 es de 20,0% La ficha técnica del indicador de mortalidad menor a 48 horas identificada con código 07UC05-V7 aprobada el 10-06-2014, cuyo valor esperado para el 2016 es de 7,0% Las actividades de mejora: Durante los meses de agosto, septiembre, octubre y se continúan elaborando los análisis (seis) de mortalidad de pacientes. Evidencia de cumplimiento no se evidencia Indicador: Para la vigencia 2016 los indicadores son: mortalidad mayor de 48 horas 4,7% y mortalidad menor a 48 horas es 0,4%				

1200

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Captura inadecuada de los datos registrados en el sistema	Evaluar y tomar correctivos en el registro de usuario en el sistema	Implementación del Paquete Instrukcional: Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	0%	Hallazgo de la vigencia 2015. Se socializo y resocializo al personal de enfermería (457 personas) la 'identificación correcta del paciente en los procesos asistenciales'.La proporción de pacientes identificados correctamente es del 97,3%, soportado con presentación ppt, no registra el periodo del indicador.La adherencia al protocolo de identificación correcta en el segundo semestre de 2016 es de 85,8%				
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Realización de actividades personal por el formación sin y supervisión docente	Definir actividades de personal de formación, implementando procedimientos y protocolos de actuación	Implementar procedimiento de supervisión personal en formación 02DOC03-V1		El procedimiento 'supervisión al personal en formación' identificado con código 02DOC03- V1 tiene fecha de aprobación de 01-12-2015, La inducción se encuentra soportada en la inducción a internos de Cx (12-2016), 7 internos y Seminario de residentes (10-2016) 16 internos y/o residentes. El proceso de docencia asumido totalmente la inducción al personal, inducción que se realiza de manera virtual La inducción es 97% interno y 92% residentes.				

14/03

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

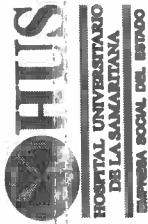
CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Flebitis	Definir procedimientos y protocolos para la cateterización venosa y medir adherencia al personal de enfermería	Implementación del Paquete Instruccional: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud.	0%	Acción de mejora: el protocolo 'cateterización venosa periférica' identificado con código 03AS69-V1 (no se evidenció en la Intranet el procedimiento). Evidencia de cumplimiento: se realizó socialización a 423 personas de enfermería y estudiantes con indicador de adherencia del 86,4%. La tasa de flebitis es de 0,09% (TUCI)				
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Desalajo de dispositivos médico quirúrgicos	Seleccionar criterios de los pacientes que pueden presentar desalajo de dispositivos médico quirúrgicos.	Revisión de procedimientos relacionados con dispositivos médicos-quirúrgicos	0%	SE soporta con la relación de pacientes con novedades de seguridad relacionadas con el desalajo, de la vigencia 2017.				
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Administración de medicamentos inadecuada	Refrendar buenas prácticas para la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería	Socialización de 5 correctos en administración de medicamentos		Evidencia del cumplimiento de la acción: se socializó a 423 personas de enfermería y estudiantes con indicador de adherencia a la administración de medicamentos de 75,8%. El programa de tecnovigilancia registra un indicador de 25,6% de eventos adversos.				

Tiene

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0 FORMATO: INFORME... CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS																										
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO																							
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Preparación de medicamentos inadecuada	Resocializar al personal de enfermería de preparación de medicamentos liofilizados	Resocialización del manual de terapia farmacológica (preparación y reconstitución de liofilizados)		Evidencia del cumplimiento de la acción: se socializo a 423 personas de enfermería y 91% enfermeros y 87% auxiliares de enfermería. El programa de teo vigilancia registra un indicador de 25,6% de eventos adversos. No se evidencia en la Intranet el 'Manual de Terapia farmacológica (preparación y reconstitución de liofilizados)'. <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Sistema de control de gestión de laboratorios críticos de hospitalización</td> </tr> <tr> <td>FECHAS</td> <td>422</td> </tr> <tr> <td>ABRIL</td> <td>352</td> </tr> <tr> <td>MAYO</td> <td>352</td> </tr> <tr> <td>JUNIO</td> <td>272</td> </tr> <tr> <td>JULIO</td> <td>142</td> </tr> <tr> <td>AGOSTO</td> <td>215</td> </tr> <tr> <td>SEPTIEMBRE</td> <td>224</td> </tr> <tr> <td>OCTUBRE</td> <td>202</td> </tr> <tr> <td>NOVIEMBRE</td> <td>224</td> </tr> <tr> <td>DICIEMBRE</td> <td>158</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>3213</td> </tr> </table>	Sistema de control de gestión de laboratorios críticos de hospitalización		FECHAS	422	ABRIL	352	MAYO	352	JUNIO	272	JULIO	142	AGOSTO	215	SEPTIEMBRE	224	OCTUBRE	202	NOVIEMBRE	224	DICIEMBRE	158	TOTAL	3213			
Sistema de control de gestión de laboratorios críticos de hospitalización																																
FECHAS	422																															
ABRIL	352																															
MAYO	352																															
JUNIO	272																															
JULIO	142																															
AGOSTO	215																															
SEPTIEMBRE	224																															
OCTUBRE	202																															
NOVIEMBRE	224																															
DICIEMBRE	158																															
TOTAL	3213																															
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	No identificación de laboratorios críticos	Seguimiento a los laboratorios críticos de hospitalización	Solicitar al proveedor del software de la implementación de un informe diario por turno de los resultados críticos de los exámenes establecidos vitales para el tratamiento del paciente.																													

1-20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS				RESULTADOS					
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO	Demora en los trámites de salida	Seguimiento diario de los egresos por trabajo social	Realizar mediciones de tiempos de egreso, para lograr identificar causa raíz interviniente en el procedimiento		Se realizan mediciones a los tiempos de egreso con el siguiente resultado: - Enero 39 minutos - Febrero 20 minutos. - Marzo 3 horas 12 minutos. - Abril 3 horas - Mayo 3 horas 15 minutos. El promedio durante el periodo medido es de 2 horas, 5 minutos (125 minutos).				
APOYO DIAGNOSTICO	Se identifica de riesgo extremo de generar resultados equivocados por el no seguimiento al procedimiento de toma de muestras	Medición de adherencia al seguimiento al procedimiento de toma de muestras	1. inducción al personal de toma de muestras2. Realizar listas de chequeo al procedimiento de toma de muestras3. Medir adherencia con las listas de chequeo4. Analisis de indicador de rechazo de muestras	30%	No se soporta documentalmente la adherencia, se soporta documentalmente inducción al personal que ingresa de enfermería en agosto de 2016 (se registra que es trimestral); 2. El registro y control de rechazo de muestras se encuentra en el TUCI; 3 sin alimentar; Se generó en TUCI el indicador de retoma propuesto para realizar seguimiento Se generaron en TUCI los indicadores para realizar seguimiento a la toma de muestras, indicadores que aún no han sido alimentados.				

1000

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMIP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Recepción de medicamentos y dispositivos médicos Paquetes Instruccionales: Implementar Procedimiento de Recepción Técnica	Reestructurar, documentar, desplegar e implementar el procedimiento de recepción técnica de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente medir la adherencia al procedimiento.	1. reestructuración del proceso de recepción técnica 2. Documentación del procedimiento 3. Socialización al personal de Bodega de Farmacia del procedimiento de recepción técnica 4. Aplicar lista de chequeo	0%	Hallazgo y/o observación identificada con fecha 15-05-2015. El Procedimiento de recepción de productos farmacéuticos - código 02AF02-V1, aprobado el 27-10-2015. En la vigencia 2016 no hay restauración, documentación e implementación del procedimiento; ni medición de la adherencia. Se evidencia que se socializo a 4 personas del equipo de trabajo.	Desplegar e implementar el procedimiento de recepción técnica de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente medir la adherencia al procedimiento.	1. Socialización al personal de Bodega de Farmacia del procedimiento de recepción técnica 2. Aplicar lista de chequeo de recepción Técnica	0%	Igual que e que el seguimiento a las acciones de mejora de fuente de gestión del riesgo - vigencia 2016. El Procedimiento de recepción de productos farmacéuticos - código 02AF02-V1, aprobado el 27-10-2015. En la vigencia 2017 no ha se conocen evidencias de aplicación de las listas de chequeo ni el indicador de adherencia.

2020

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN FARMACÉUTICA	Vencimiento de Productos Farmacéuticos	Disminuir la cantidad de productos farmacéuticos en la institución	Diligenciamiento de todos los datos de los proveedores y los productos al sistema, para su trazabilidad Realizar gestión y solicitud de carta de compromiso para cambio Proteger con vinilipel los insumos de baja rotación Disminuir la complejidad de la sematización y cambio de sticker		Hallazgo y/o observación identificado con fecha 15-05-2015 El protocolo Control de fechas de vencimiento productos farmacéuticos código 03AF49-V2 disponible en la Intranet en el cual se contempla que solo se van a semaforizar con un sticker rojo los productos farmacéuticos con fecha de vencimiento menor a 6 meses. Se ha socializado a 5 auxiliares de Farmacia. La Subdirección de Sistemas: elevó consulta al Proveedor de Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH, ya que actualmente el sistema no maneja estados ejemplo Activo o inactivo en Bodegas solo permite dar autorización a la Bodega origen. Pendiente respuesta por parte de SYAC. La E.S.E. Realizo el requerimiento a SIAT - propietarios de DGH para que la aplicación DGH permita bloquear/inactivar los almacenes de inventarios en los cuales el sistema no controla los permisos para realizar ordenes de despacho a un almacén destino, por lo anterior al inactivar u n almacén el sistema no deberá realizar movimientos de entrada ni de salida de ninguna opción. A cada uno de los contratos que se están suscribiendo con los proveedores de productos farmacéuticos se le esta	Controlar el inventario en cuanto a fechas de Vencimiento	1. Análisis periódico de los días de inventario que cruce contra fechas de vencimiento 2. La bodega de vencidos estará a cargo del Líder del proceso	0%	No se allega soportes a la acción de mejora y/o seguimiento a las actividades específicas de mejoramiento.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ATENCIÓN FARMACEUTICA	Entrega de Productos Farmacéuticos	Disminuir la probabilidad de dispensación inadecuada de productos farmacéuticos	Auditorías al alistamiento de carros de productos farmacéuticos en capacitación en medicamentos LASA y Alto Riesgo Realizar medición de adherencia a procedimiento de almacenamiento, distribución y manual de medicamentos de alto riesgo y LASA		Hallazgo de fecha 15-05-2016 Publicado en la Intranet el Procedimiento 'almacenamiento de productos farmacéuticos' código 02AF03-V1, aprobado el 17-11-2015; el procedimiento distribución de productos farmacéuticos - código 02AF03-V1, aprobado el 28-03-2016; El Manual de medicamentos de alto riesgo -código 01AF06-V1 fue aprobado el 19-03-2015. Se evidencia la socialización del procedimiento de distribución de productos farmacéuticos con sus respectivos protocolos y formatos En el mes de diciembre se realizó auditoría a la dispensación y facturación. Los medicamentos de alto riesgo se comunicaron a través de Internet. El formato lista de chequeo se encuentra sin codificación y aprobación. se ha realizado la medición de la adherencia. Se han realizado 2 actividades de un total de 3, igual a 66,66%	Disminuir la probabilidad de dispensación inadecuada de productos farmacéuticos	1. Auditorías al alistamiento de carros de productos farmacéuticos 2. Capacitación en medicamentos LASA y Alto Riesgo 3. Realizar seguimiento al Indicador Tasa de Eventos Adversos a Medicamentos asociados a la dispensación	0%	No se allega soportes a la acción de mejora y/o seguimiento a las actividades específicas de mejoramiento.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

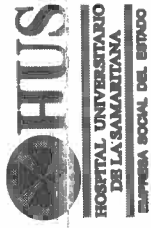
CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
BANCO DE SANGRE	de análisis / unidades de Confusión muestras	re entrenamiento al personal	1. Formato de registro trimestral de supervisión de Procesos.		Con acta de febrero de 2016 se realizó el reentrenamiento al marcateje de muestras a 17 personas del laboratorio clínico (se adjunta presentación). El formato de supervisión del proceso - código 05BS42-V1 se encuentra elaborado y sus 26 ítems cuenta concepto positivo.				
BANCO DE SANGRE	Atención Donantes / unidades optimas	re entrenamiento al personal y campañas de sensibilización al donante	1. reentrenamiento al personal que va a campañas en los parámetros y en los criterios unificados a nivel nacional de la encuesta evaluación de adherencia 2. registro de campañas extramurales con la sensibilización	0%	La evidencia presentada corresponde a 2015. No hay acción de mejora del 2016.				

102

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMIP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADOS			
					RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	Alto Riesgos De Caída De Pacientes Durante El Proceso De Atención Imágenes Diagnosticas	Socializar Y Aplicar Paquete De Instruccional De Prevención De Caídas En Proceso Imágenes Diagnosticas	1, Sensibilizar a los colaboradores con respecto a la forma en que se pueden prevenir la caídas en el proceso de atención de imágenes diagnosticas . 2. la alineación al programa institucional de seguridad del paciente 3. fortalecer la vigilancia de pacientes en pasillos antes y después de la realización de los procedimientos.	0%	No se evidencia la socialización y aplicación del paquete instruccional de prevención de caídas en el proceso.			

17/07/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
IMÁGENES DIAGNOSTI CAS	Riesgo de realización del estudio en imágenes diagnósticas.	Reforzar la Identificación Del Paciente Durante El Proceso De Atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar talleres de identificación de paciente. 2. Control mensual y análisis trimestral de las retomas por causa de toma de estudio equivocada 3. Realizar la retroalimentación grupal de los riesgos e implicaciones de la toma equivocada del estudio para el paciente y profesional 	0%	No se evidencian documentalmente los archivos de la realización de los talleres de identificación, la retroalimentación grupal de los riesgos e implicaciones en la toma equivocada.... No se evidencia documentalmente la retroalimentación grupal de los riesgos e implicaciones en la toma equivocada del estudio.... Indicador: total estudios equivocados 104 sobre número total de estudios tomados en la misma vigencia				
IMÁGENES DIAGNOSTI CAS	Inoportunidad En De Atención Pacientes En De Imágenes Diagnósticas.	Implementar Acciones De Mejora Que Permitan Que El Proceso De Atención En Imágenes Diagnósticas Mejore Los Tiempos De Oportunidad En La Atención.	<ol style="list-style-type: none"> 1. identificar los reprocesos en cada paso de la tensión. 2. identificar las actividades realizadas que no aporten rendimiento eficiencia 3. Rediseñar el proceso de atención con los ajustes identificados. 4. realizar la documentación de los ajuste. 5. socializar los 	20%	No hay soporte documental de la implementación de las acciones de mejora que permitan que el proceso de atención de imágenes diagnósticas mejore los tiempos de oportunidad en la atención. Actividades específicas: Documentalmente no se evidencia la identificación de los reprocesos, la identificación de las actividades que no aportan rendimiento eficiencia. El proceso no se encuentra rediseñado, el rediseño del procedimiento recepción y				

7/2013

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	No se tenía un cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia.	Diseñar el cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia	1. Diseñar cronograma de mantenimiento 2. Entregarle copia del cronograma de mantenimiento preventivo al conductor de la ambulancia. 3. Verificar cumplimiento del cronograma	0%	El avance del Plan de mejoramiento por proceso 2016 es de 54.6% En el primer semestre de 2016				
REFERENCIA Y CONTRAFERENCIA	Accidente tránsito	implementar controles para prevenir un accidente de tránsito	1. Verificación de las infracciones por cada conductor de la ambulancia. 2. Licencia de conducción vigente	0%	No se soporta documentalmente				

1000

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO REFERENCIAL Y CONTRAFERENCIA	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADOS	
									OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	% DE AVANCE
	falla del vehículo	Implementar controles para prevenir fallas de las ambulancias durante la prestación del servicio	1. ejecución del cronograma de mantenimiento preventivo 2.Revisión técnica mecánica al día. 3. Lista de chequeo de habilitación	0%	No se soporta documentalmente					
INVESTIGACION	Utilización de fotografías y videos de pacientes sin autorización	Socialización de los requisitos para usar fotografías y/o videos de los pacientes del HUS	1. Realizar la Presentación del proceso de investigación que contenga los requisitos para la utilización de fotografías y videos de los pacientes del HUS. 2. Socialización al personal en formación. 3. Socialización a los procesos del HUS asistenciales. 4. Actualizar la información de la inducción virtual de personal en formación. 5. Realización de base de datos de reportes de caso con	0%						

13/03/2020

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
DOCENCIA	No se evidencia adherencia a los procesos institucionales por los estudiantes	1. Realizar un adecuado proceso de inducción con seguimiento a la adherencia del mismo	uso de fotografías y/o videos de pacientes del HUS. 1. Replantear el proceso de ingreso de los estudiantes a HUS, actualizarlo en el procedimiento correspondiente 2. Rediseño del contenido y evaluación de la inducción virtual para estudiantes y de la inducción presencial para internos y residentes base 3. Cronograma de reintroducción para estudiantes residentes base		El procedimiento se encuentra en proceso de revisión para su actualización Se actualizo y mejoró el contenido de la inducción Se mejoró el contenido de la inducción presencial y se está realizando obligatoriamente para internos y residentes base, con pretest y posttest. Aplicación de las listas de chequeo adjuntas Las socializaciones e inducciones se realizaron al 97% de internos y 92% residentes. No hay indicador de adherencia				

10/01/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS					RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
DOCENCIA	El personal en formación no realiza la inducción a pesar de envío de usuario y clave de la plataforma virtual	1. Garantizar en la medida de las posibilidades el cumplimiento de la inducción por parte de los estudiantes	1. Disponibilidad de una sala On-line en el HUS, para garantizar el cumplimiento de la inducción virtual en caso de que la mismo no se halla realizado por inconvenientes de tipo técnico.2. Solicitud del certificado de inducción el primer día de la rotación 3. Devolución de los estudiantes a la IE que no cumplan con el proceso de inducción		Las socializaciones e inducciones se realizaron al 97% de internos y 92% residentes.				
DOCENCIA	No se realiza el seguimiento que por nivel de formación, delegación progresiva y anexo técnico debe hacerse	1. Desarrollar competencias en docentes del HUS con estudiantes a cargo 2. Cumplimiento de los anexos técnicos 3. Desarrollo de una inducción específica en cada servicio	1. Contratación de personal docente y socialización de los anexos técnico por parte de los coordinadores de la práctica de parte del HUS 3. Cumplimiento de la inducción específica en los servicios		En todos contratos de servicios por productividad firmados por la entidad se está colocando una cláusula de las competencias como docentes y El Plan de mejoramiento de la CDC (III trimestre) registra los avances de esta acción de mejora.				

10/01

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



HUS
 HOSPITAL UNIVERSITARIO
 DE LA SAMARITANA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS					RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
DIRECCION AMIENTO ESTRATEGICO	Que los funcionarios no entiendan en su quehacer diario la plataforma estratégica y el Plan de Desarrollo	Diseñar la estrategia de despliegue del Direcionamiento estratégico para los colaboradores contemplando diferentes actividades en el año de despliegue que puedan generar recordación	Realizar censo de los mecanismos y medios de comunicación interna Documentar el procedimiento de comunicación y despliegue Implementar el Procedimiento de comunicación y despliegue de acuerdo a lo definido en el procedimiento de la información mínima a desplegar en la institución.	0%	No hay soporte documental del diseño de la estrategia de despliegue.				
DIRECCION AMIENTO ESTRATEGICO	Bajo cumplimiento a las tareas y responsabilidades asignadas en el comité directivo	Implementar el seguimiento a las tareas como primera actividad del comité directivo	Realizar seguimiento a las tareas asignadas en el comité directivo antes del siguiente comité programado por parte de la oficina de planeación	50%	El cumplimiento a la acción de mejora fue del 50%. En el segundo semestre de 2016 no se ejecutó la acción, ya que no se cuenta con las actas del Comité Directivo.				
DIRECCION AMIENTO ESTRATEGICO			Tomar acciones frente a los incumplimientos de las tareas de los comités directivos						

2016

OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
DIRECCION AMIEN TO ESTRATEGI CO	Ausencia de información o inconsistencia de la información Utilizada en la evaluación del diagnóstico de resultados	Implementar los indicadores de los procesos en el Tablero único de control de indicadores	Definir los indicadores de los procesos en el TUCI Validar la fuente de los datos de los indicadores definidos en el TUCI	30%	Los indicadores de los procesos están registrados, La implementación de los indicadores de los procesos en el TUCI, y la aplicación de los indicadores para la vigencia 2016 se encuentran en desarrollo				
DIRECCION AMIEN TO ESTRATEGI CO	Incumplimiento Normativo y a entes de control frente a la rendición cuentas	definir el Procedimiento y la programación de la rendición de cuentas con base en el documento del DAFP y reporte a las diferentes entidades de control	Revisar la guía de la función publica de la rendición de cuentas Implementar los lineamientos de la rendición de cuentas definidas en la guía Implementar los pasos definidos a cumplir par a la rendición de cuentas	50%	En la Intranet no se encuentra el procedimiento ni la programación de la realización de la rendición de cuentas. En el sitio Web se publicó cada una de las etapas que conforman el programa de rendición e cuentas establecido por normatividad.				
DIRECCION AMIEN TO ESTRATEGI CO	Conclusión: de realización trámites administrativos propio o de particulares	Desplegar el código de ética	1. definir claramente quienes y en condiciones están autorizados para recibir dinero por los servicios estableciendo puntos de control y 2. Estimular y facilitar a la comunidad los mecanismos para la	0%	No se evidencia soporte documental.				

2016

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADOS	
									OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	% DE AVANCE
DIRECCION AMIEN TO ESTRATEGI CO	La no aplicación de las normas legales vigentes que rigen y aplican a la entidad	Inducción y Reinducción a los colaboradores acerca de la normatividad vigente más relevante	de denuncia ante estos hechos. Definir por cada proceso las normas que le aplican y cuales son estricto cumplimiento y socializarlo a los colaboradores del proceso	0%	No se evidencia soporte documental.					
GESTION DEL TALEN TO HUMANO	Violar procesos de selección de beneficio de terceros	Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones	1. Adjuntar el perfil a la requisición del talento humano 2. Aplicar el formato de verificación de competencias	50%	Se verifica el cumplimiento de los perfiles con el formato establecido para tal fin.					
GESTION DEL TALEN TO HUMANO	Realizar pagos en nómina no justificadas o valores a los cuales no se tiene derecho	Realizar auditoría a las novedades de nómina y a la prenomina	1. Realizar cronograma de auditorías de nómina	67%	Mensualmente se realiza la interventoría, en el formato establecido, a los contratos de personal tercerizado y/o cooperado					
GESTION DEL TALEN TO HUMANO	Beneficiarse de los servicios a los cuales no se tiene derecho	Socializar código de ética a funcionarios del Hospital	1. Incluir en el cronograma de capacitación y educación continuada la socialización del código de ética, principios y valores	0%	Se comunicó a todos los usuarios de la entidad a través de un correo masivo					

WAD

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	RESULTADOS				RESULTADOS			
		DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Falta de actualización de los documentos que respaldan la información de competencias de los colaboradores	Solicitar a Gestión Documental capacitar a los responsables de la administración de las historias laborales y evaluar continuamente a este talento humano.	1. Capacitar al personal que administra historias laborales 2. Evaluar cumplimiento de los responsables de administrar las historias laborales		Se realizó capacitación por parte del personal de gestión documental y en el DAFP pública al personal que administra las historias laborales en el primer trimestre de 2017. Las historias laborales de los funcionarios activos de la planta de personal de la E.S.E. HUS se encuentran revisadas al 100%				
GESTION FINANCIERA	No tener un adecuado control y seguimiento periódico de la ejecución de gastos del presupuesto	Controlar la ejecución presupuestal de los gastos de los procesos.	1. Envío semanal de informe de ejecución de gastos diferentes Procesos 2. Informe mensual de ejecución resupuestal seguimiento. 1. Utilización del programa O pago de DGH con soporte en Excel de las facturas a pagar. 2. Causación de facturas por el modulo cuentas por pagar. 3. Verificación de soportes por parte del profesional en misión de cuentas por pagar contra el informe de supervisión contrato		Se viene dando cumplimiento al envío semanal del documento 'informe ejecución de gastos'. 100%				
GESTION FINANCIERA	Pago de obligaciones adquiridas	Aplicar los controles pertinentes para detectar si se tramitan o se está tramitando un pago para una obligación no cierta			Toda cuenta por pagar de la contratación lleva un anexo 'orden de pago' con numeración consecutiva y fecha. Cumplimiento 100%				

Handwritten signature or initials.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION FINANCIER A	Controles deficientes para el manejo de transacciones por medios electrónicos	Fortalecer e implementar los controles de seguridad suficientes para llevar a cabo pagos u otro tipo de transacciones a través de los portales empresariales de las Entidades Financieras	<p>1. Fortalecimiento del sistema de seguridad informática a través del manejo de un solo equipo con una conexión independiente de comunicaciones y solicitud de Cámaras a D. Administrativa.</p> <p>2. Ajustar y restringir los permisos asignados a los perfiles de los usuarios directamente en los portales Bancarias con implementación de administración DUAL.</p> <p>3. Compra de cajas fuertes para custodia de Token.</p> <p>4. Solicitud de monitoreo de transacciones financieras a la Subdirección de Sistemas.</p> <p>5. Solicitud adecuación física del área de Tesorería para mayores niveles de seguridad..</p> <p>6. Restricción horaria (dentro de la jornada laboral) para la realización de las transacciones.</p>	83%	En la vigencia 2015 fue entregado a tesorería un equipo exclusivo para las transacciones por medios electrónicos. En el 2016 se solicitó a la Dirección administrativa la adecuación del área de tesorería y la instalación, por parte de la Empresa de vigilancia y seguridad, la instalación de cámaras en el área de tesorería y dirección financiera. Con oficio enviado a la entidad bancaria se estableció el horario de las transferencias. Por acto administrativo No. 121 de 2017 se implementa el procedimiento del manejo de los tokens para el giro bancario de los recursos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.				

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION FINANCIERA	Falta de control de los recursos de la Institución	Implementar mecanismos que permitan claridad sobre el ingreso y salida de dinero de las cuentas bancarias y las cajas de la Institución	1. Revisión diaria de los movimientos en bancos 2. Revisión y análisis de partidas conciliaciones bancarias 3. Realización de conciliaciones de los recaudos en efectivo en caja, efectivo vs. Módulo y módulo vs. Contabilidad 4. Realización de arqueos diarios recaudos para envío transportadora.		Los arqueos se continúan realizando por los cajeros de manera diaria y mensual los realiza tesorería, conciliaciones bancarias se vienen realizando en el mes siguiente,				
GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA	No adherencia a la capacitación en el uso de la tecnología	Generar una metodología de enseñanza para las capacitaciones en el uso de la tecnología biomédica	1. Documentar el Protocolo de para la Socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución 2. Publicar en la Intranet 3. Socializar el Protocolo	0%	Hallazgo y/o observación corresponde a 29/01/2015 y cumplida en el mismo año; en el 2016 no hay acción de cumplimiento.				

17/01/15

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

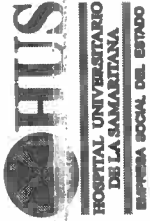
FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DE LA TECNOLOGIA A BIOMEDICA	No hacer la calibración de los equipos	Actualización de procedimiento de Calibración externa que incluya la entrega y socialización del cronograma de Calibración	Actualizar procedimiento		Hallazgo y/o observación corresponde a 29/01/2015, el procedimiento de calibración externa - código 02TB02-V1, aprobado el 29/12/2015; la socialización del cronograma de calibración se realizó en marzo de 2016 a 28 personas el área asistencial.				
GESTION DE LA TECNOLOGIA A BIOMEDICA	Información oportuna por parte del dueño de la tecnología para su ingreso	Realizar socialización a los líderes asistenciales	Socializar procedimiento de Tecnologías en Transito Rapid a Supervisores, principalmente a los procesos de almacén, farmacia y laboratorio clínico los cuales en su mayoría son los que tienen equipos en Transito Rápido	0%	El procedimiento de tecnologías en tránsito - código 02TB03-V1, aprobado el 29/12/2015. No se encuentra documentalmente su socialización.				
GESTION DE LA TECNOLOGIA A BIOMEDICA	Poca participación personal asistencial a las capacitaciones	Alineación con la Subdirección personal para este tipo capacitaciones	Reunión con Talento Humano Para definir estrategia para asegurar la asistencia personal del asistencial a las capacitaciones	0%	No hay soporte documental de la acción de mejora.				

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA	Priorización inadecuada de las necesidades de infraestructura	Definir metodología que permita analizar las necesidades de infraestructura generadas por los procesos del hospital	1. Documentar metodología para la priorización de necesidades de infraestructura.2. Socializar a los líderes de proceso la metodología de priorización de necesidades de infraestructura.3. Realizar priorización de las necesidades de infraestructura con la metodología establecida 4. Realizar seguimiento a las necesidades de infraestructura.	75%	El líder del proceso anexa documento con el seguimiento de hallazgo de PUMP 2016., en el que describe:La metodología para la priorización de necesidades se realiza de acuerdo a la caracterización del proceso; la socialización se realiza luego de la priorización de necesidades, y la priorización responde a los factores 'urgente' y 'no urgente'.El procedimiento de recepción y ejecución de solicitudes de mantenimiento - código 02MA03-V4 aprobado el 23/07/2013 fue actualizado el 27/06/2017 con el código 02GIF02-V2.cumplimiento 75%	Definir metodología que permita analizar las necesidades de infraestructura generadas por los procesos del hospital	1. Documentar metodología para la priorización de necesidades de infraestructura 2. Socializar a los líderes de proceso la metodología de priorización de necesidades de infraestructura.3. Realizar priorización de las necesidades de infraestructura con la metodología establecida 4. Realizar seguimiento a las necesidades de infraestructura.	75%	En el informe de seguimiento de la vigencia 2016 se informo: "La metodología para la priorización de necesidades se realizo de acuerdo a la caracterización del proceso; la socialización se realizo luego de la priorización de necesidades, y la priorización responde a los factores 'urgente' y 'no urgente'.1. No se evidencia metodología para la priorización sin embargo se realizo el procedimiento "Recepción y ejecución de solicitudes de mantenimiento" - código 02GIF02-V2, aprobado el 27-06-2017 2. El procedimiento se socializo el 23-06-2017 a 14 servidores públicos del servicio de infraestructura, no se evidencia la socialización a los líderes de proceso.3 y 4. Se evidencia un informe, sin fecha de los indicadores de enero agosto en donde se observa que: el número de mantenimientos es de 1862, el 59,08% de los mantenimientos con correctivos y el 40,92% son preventivos; del total el 43,7% son prioritarios y el 57,14% son realizados a través de la mesa de ayuda.

2018

OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DE LA INFORMACION	Brindar información inadecuada	Desplegar e implementar procedimiento de comunicación en crisis	1. Ajustar y Documentar Procedimiento de comunicación en Crisis 2. Socializar los procedimientos de comunicación a los responsables en el procedimiento		El procedimiento 'Comunicación en crisis' - código 02GIS09-V1 aprobado el 14/12/2016, se socializo, según documento aportado por el líder del proceso en comité directivo ampliado a 39 personas el 27/09/2016. No se evidencia ajuste al documento 'procedimiento de comunicación en crisis. cumplimiento 50%				
GESTION DE LA INFORMACION	No realización de los Backup automáticos	implementar un mecanismo eficiente para la verificación de los Backus que se generan automáticos	1. Documentar el procedimiento 2. Implementar el procedimiento al seguimiento al procedimiento		Documentado el procedimiento BACKUPS - código 02GIS10-V1, aprobado el 03/04/2016. Los BACKUPS, cintas mensuales, se continúan remitiendo a la Dirección Administrativa, quien los entrega a la empresa de servicios de vigilancia.				

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADOS	
									OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO	
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Demora en la legalización del contrato	Documentar, desplegar, implementar procedimiento de elaboración de contratos donde se estipulen los tiempos y un formato para hacer seguimiento a los tiempos de elaboración de contrato	1. Actualizar procedimiento V3 de Reevaluación Proveedores definiendo periodicidad y controles para la evaluación y reevaluación de proveedores.2. Socializar e implementar el procedimiento de evaluación a los colaboradores del proceso de Gestión de Bienes y servicios así como los Supervisores enfatizando en la periodicidad con que se deben realizar.3. Verificar por medio del sistema de información que contemple la información definida para la generación de los indicadores de gestión.	0%	No se evidencia en la Intranet el procedimiento de elaboración de contratos y reevaluación de proveedores -código 02SU08-V3; Cumplimiento 0%					

2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

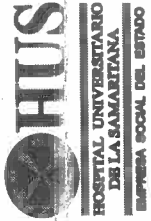
FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADOS	
									% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización	Actualizar el procedimiento de gestión y control del almacén	Actualizar procedimiento de gestión y control del almacén Socializar procedimiento de gestión y control del almacén Implementar el procedimiento	0%	El procedimiento publicado en la intranet, gestión y control de almacén - código 02SU10-V1, APROBADO EL 28/06/2013, no ha sido actualizado. cumplimiento 0%					
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Direccionamiento de marcas y/o laboratorios en momento de las convocatorias sin la justificación técnica u el previo soporte técnico con el fin de obtener contraprestaciones para los profesionales	Realización de los estudios previos y las convocatorias de acuerdo al procedimiento establecido en el hospital	Estudios previos por cada solicitud de compra con el visto bueno de la gerencia Reuniones del comité de compras para recomendar la adjudicación de compras por convocatoria o para resolver las quejas por parte de los proponentes	0%	cumplimiento 0%					

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Supervisión no adecuada que permita omitir sanciones a contratistas /supervisión ilegal	Actualizar procedimiento de ejecución contractual	Actualizar procedimiento Socializar procedimiento Realizar informes de supervisión Auditar informes de supervisión	0%	El procedimiento ejecución contra cual - código 02GJ01-V2, del proceso Gestión Jurídica fue aprobado el 13/01/2016	Actualizar procedimiento de ejecución contractual	Actualizar procedimiento Socializar Realizar informes de supervisión Auditar informes de supervisión	NA	El Subdirector de bienes compra y suministros en oficio de fecha 6 de diciembre de 2017 informa "...quiero precisar que dicho hallazgo no es competencia de la Subdirección de bienes compras y suministros, por cuanto esta oficina no hace supervisión de contratos ni tampoco informes de auditorías; solo gestionamos los requerimientos de las diferentes áreas del HUS".
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Mala descripción del insumo o servicio	Realización de los estudios previos y las convocatorias de acuerdo al procedimiento establecido en el hospital	Estudios previos por cada solicitud de compra con el visto bueno de la gerencia Reuniones del comité de compras para recomendar la adjudicación de compras convocatoria o para resolver las quejas por parte de los proponentes	0%	cumplimiento 0%				

10/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS			RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
HOTELERIA HOSPITALARIA	Falta controlar el riesgo en los procedimientos de vigilancia, frente a la entrada y salida de elementos	Actualizar procedimientos de ingreso y egreso del hospital	Implementar y realizar el seguimiento de cumplimiento de procedimientos de vigilancia		1. El procedimiento ingreso y egreso de pacientes y visitantes código 02HH05-V2, aprobado el 8/11/2016; el procedimiento de ingreso y egreso de colaboradores código 02HH06-V2, aprobado 20/09/2016, fueron actualizados; su socialización se realizó en febrero y abril de 2016, a servidores públicos donde el resultado la calificación la baja fue 4 sobre 5.2. En octubre de 2016 se realizaron 8 listas de adherencia al procedimiento con una adherencia del 93.05%. Cumplimiento 100%				
DESARROLLO DE SERVICIOS	Incumplimiento de los estándares de habilitación.	Documentar la solicitud de realización de autoevaluación de Habilitación por parte de los líderes de cada proceso.	Emitir Circular de Gerencia que solicite la realización de la autoevaluación de Habilitación por parte de los líderes de cada proceso.		Hay circular firmada por el ordenador del gasto de fecha 14 octubre de 2015 Se adjunta como soporte cronograma DE 2016.				

1320

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS			RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
DESARROLLO DE SERVICIOS	Cierre de servicios y/o generación de sanción.	Terminar por parte del líder de Gestión de la Infraestructura las acciones de adecuación y mantenimiento de áreas asistenciales en cumplimiento de la Res 2003 de 2014	Acciones de mantenimiento en el área hospitalaria, de consulta externa y de urgencias actividades de adecuación de baños para colocar ducha tipo teléfono para lavado de patos y pisingos, adecuación de zonas de ropa y de cuarto sucio y de filtros para la unidad de cuidado intensivo adulto, Neonatos por parte del líder de Infraestructura.		Se adjunta: Certificación de cumplimiento de Habilitación, de fecha mayo de 2016, expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá. Informe de auditoría de 1 de julio a septiembre 20 de 2016 firmado por dos funcionarios públicos. (Las acciones de mejora corresponden al proceso de infraestructura).				

12/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVAN CE	RESULTADOS		
				RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO
PROCESO				% DE AVAN CE		OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
Elección pertinente del proceso referenciar.	Desarrollar el proceso de referenciación a lo establecido en el procedimiento	Presentación de informe de referenciación por parte de líder de cada proceso.		En el año 2016 de acuerdo al cronograma que contiene 29 referenciaciones se ejecutaron en la vigencia 9 referenciaciones con informe; 5 referenciaciones con informe pendiente; una referenciación por personal tercerizado de la Unidad Funcional Zipaquirá y una referenciación fallida al proceso de facturación y objeciones del Hospital Santa Clara. NOTA: No se aplica indicador, se desconoce el número de referenciaciones implementadas.		
Seleccionar un servicio o proceso que no le genere imagen corporativa a la institución.	Definir uno de los centros con los que se va a iniciar el proceso , desarrollar el estudio y presentar el proyecto y el cronograma.	Presentación del proyecto del servicio a validar como centros de excelencia y su correspondiente cronograma.	0%			

7420

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
FACTURACION Y RECAUDO	Sobre ejecución de los Contratos	Seguimiento a los contratos que tienen cláusula de presentación de informe de ejecuciones	Revision de los contratos para determinar de la oblitatoriedad de presentar informe de ejecución a la entidad contratane		Hay tabla de control que contienen clausulas del contrato , en ellas no se puede evidencias la ejecución del contrato. Se evidencia el seguimiento a los contratos que tienen clausula de ejecución con el envío de los respectivos informes a las entidades con las que se pacto contractualmente la obligatoriedad del mismo, como ejemplo se toman contratos del mes de febrero de 2016, que se le envió a CONVIDA, en el cual se informa el porcentaje de ejecución de cada los contratos que se encontraban vigentes a la presentación del informe, en el se observa una sobre ejecución del contrato 120.11.01.154 de 2016 para la población subsidiada en la unidad funcional de Bogotá del 113%, para esto en el mismo informe se evidencia la solicitud de la adición presupuestal o la viabilidad de celebrar un nuevo contrato para la población,	Realización de informes de ejecución con las entidades con las que se tiene pactado contractualmente la presentación de informes de ejecución presupuestal	Seguimiento en medio magnético de los contratos legalizados de la vigencia revisados para determinar si se debe realizar informe de ejecución		Se soporta la evidencia con los informes periódicos de: Contrato 345 de CAPRESOCA EPS, Contratos Nos. 21100101173ES24 y 21100101173ES23 de COMPARTA, Contratos de CONVIDA EPS Nos. 120.11.01,147 Capita; 120.11.01,146 evento; 120.11.01,060; No. 120.11.01,053 por valor de \$200,000,000, en el informe de julio 14 de 2017 registra una sobre ejecución de 178%; No. 120.11.01,151 - evento por valor de \$31,500,000,000, en el informe de septiembre 13 de 2017 registra una sobre ejecución de 107%; No. 120.11.01,052 - Unidad Funcional Zipaquirá, con diferentes valores del contrato, en el ultimo informe entregado como evidencia registra un valor del contrato de \$320,000,000 y una sobre ejecución del 152%. Aun cuando se vienen realizando la acción de mejora y la actividad especifica se registra en tres de los contratos de CONVIDA EPS sobre ejecución.

10270

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

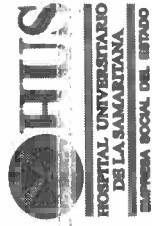
CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
FACTURACION Y RECAUDO	Ingreso inoportuno y/o incompleto de las objeciones por interpuestas por las ERP	Informe de gestión, seguimiento y capacitación personal para disminuir el ingreso incompleto e inoportuno de las objeciones interpuestas por los clientes	Informes de control mensual y capacitación personal de ingreso de glosa.						
FACTURACION Y RECAUDO	Inadecuado registro de la ratificación de la glosa y/o devolución	Creación de subcuenta contable de ratificación en el sistema de cuentas reiteradas	Registro de facturas en medio magnético y envió al área contable para el ingreso de las facturas a subcuenta ratificación		Se evidencia que en el balance general se incluyeron las subcuentas de ratificación de glosa, cobro jurídico y conciliación, esto con el fin de poder hacer de una mejor manera la clasificación correcta del trámite de las glosas y/o devoluciones generadas por así EAPB al Hospital. Adicional se generó un control por parte de sistemas en el cual no se permite el ingreso de cuentas ratificadas por primera vez ya que solicita una confirmación del trámite inicial. Al igual se evidencia que se están generando los archivos planos para el seguimiento de las glosas y conciliación con contabilidad. y autoevaluación 50%	Registro de las cuentas de Subcuenta ratificación	Informe en archivo plano		Los movimientos de la glosa se realizan en las cuentas de orden, conforme lo establece el catálogo de cuentas de la CGN, el módulo de contabilidad registra todos los movimientos de la vigencia.

FIN

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS			RESULTADOS				
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
FACTURACION Y RECAUDO	No acuerdo entre las partes en la conciliación medico administrativa	Socialización de los motivos de glosa y retroalimentación a los servicios involucrados	Envío de correos informativos y medios magnéticos así mismo reunión presencial para la respectiva retroalimentación.	0%	Se adjuntan actas de auditoría a los procesos de urgencias (3), Consulta externa (3), Salas de cirugía (2), UCI neonatal y adultos (2), Hospitalización (3); en cinco procesos, 13 acta de informe de auditoría de un total de 10 procesos misionales.Cumplimiento 5/10 =50%				
FACTURACION Y RECAUDO	No contestación de las glosas interpuestas en los tiempos establecidos por la normatividad vigente	Seguimiento a los tiempos de contestación de glosa	Archivo de seguimiento teniendo en cuenta la fecha de notificación de la glosa y la fecha de contestación en el sistema o el medio correspondiente	0%	NO hay soporte Documental.				
FACTURACION Y RECAUDO	Control inadecuado de los cambios de línea de pago realizados	Seguimiento a las aceptaciones realizadas que se les deba realizar cambio de línea de pago.	Archivo de seguimiento conjunto con el área de facturación para evidenciar claramente cuales de las facturas que deban ser cambiadas de línea de pago se les ha realizado el trámite correspondiente	0%	NO hay soporte Documental.				

02/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSION: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
FACTURACION Y RECAUDO	Identificación inadecuada del paciente	socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente	socialización y retroalimentación de las inconsistencias encontradas en el registro del ingreso del paciente	0%	NO hay soporte Documental.	Socialización de los errores encontrados en el ingreso del paciente	Acta de socialización del informe generado por el área de estadística de las inconsistencias presentadas en el ingreso del paciente		Evidencias: Acta de fecha 5/07/2017 objeto socialización errores al ingresar pacientes, "...seguimiento al proceso de admisiones se evidencia que el primer trimestre del año se incrementaron los errores ...", acta de fecha 30/11/2017 objeto socialización errores al ingresar los pacientes registra: "en el tercer y cuarto trimestre del año en curso se disminuyeron los errores comparándolos con los anteriores trimestres...", en ambas actas reporta como errores más comunes están: la cedula no concuerda con el paciente porque se digita mal, 2., la dirección que se registra no concuerda con el domicilio del paciente y 3. La ciudad de residencia no coincide con la real en donde vive el usuario. En soporte se evidencian a 15/11/2017 un total de 311 observaciones al ingresar los pacientes.

12/2017

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

RESULTADOS						RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
FACTURACION Y RECAUDO	Que se genere o subfacturación o sobrefacturación	Socialización de los hallazgos encontrados en las auditorías internas en el área de cuentas médicas	auditorías a facturación y socialización de los hallazgos encontrados a los funcionarios de facturación	45%	Se evidencian actas de socialización de hallazgos sobre la facturación en: en julio hay actas de hospitalización, consulta externa, UCI adultos y UCI neonatal. En octubre de 2016 actas de Cirugía, hospitalización, consulta externa, UCI adultos y UCI neonatal. En ellas se observa que consulta externa no tiene subfacturación en los otros servicios de manera general no se esta revisando contra historia clínica, no se facturan procedimientos de radiología, de hemodiálisis, mal facturadas las estancias; hay subfacturación y sobre facturación. Total informes 20 y evidenciados 9	Socialización de los hallazgos encontrados en las auditorías internas en el área de cuentas médicas	1. Informe de auditorías y retroalimentación a los funcionarios de facturación. Procedimiento publicado en la Intranet del Hospital. Acta de socialización del procedimiento a los colaboradores que facturan en el hospital. Realizar seguimiento y análisis al indicador de errores de facturación	50%	1, El archivo Excel que soporta estas actividades especifican registran la glosa desde 2014 y en su consolidado se evidencian las causas de observaciones u objeciones más frecuentes, entre las que figuran: facturación de estancia (21,06%), facturación de materiales (33,72%) y facturación ayudas diagnósticas (13,56%). 2, El procedimiento gestión de glosas y/o devoluciones - 02FR05-V2, aprobado el 17/04/2017 y publicado en la intranet el 11-05-2017 tiene por objeto resolver satisfactoriamente las glosas y/o devoluciones que hacen las EAPB a las facturas por servicios prestados a sus afiliados en el HUS.
FACTURACION Y RECAUDO	Radicación de la inoportuna facturación	establecer fechas de entrega de facturas al área de radicación	Realizar socialización al área de facturación acerca del porcentaje de radicación en el trimestre y las fechas establecidas para la entrega de facturas	0%					

21/02/20

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
ESTERILIZACION	Registro inadecuado o incompleto	Seguimiento de los diferentes registros de la central de esterilización y al seguimiento directamente responsable.	Monitoreo periódico de registros.	50%	El personal del proceso revisan los libros del servicio de esterilización, por parte de la líder del proceso y/o responsable. Sin soporte documental de los seguimientos a los registros de la central de esterilización.	Definir actividades de monitoreo y/o seguimiento a la calidad del registro de la información a consignar en los libros del servicio	1. Realizar capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información en los libros. 2. Monitorear la calidad del registro de la información	75%	1, No se evidencian capacitaciones a los colaboradores en el manejo de la información de los libros. En actas de reunión de el servicio o área de esterilización de fechas 17 de abril, 29 de marzo, 25 de mayo de 2017 en los temas a tratar se evidencia dentro de los temas a tratar el tema relacionado con los libros; con fecha 5 de diciembre de 2017 se evidencia planilla de socialización de documentos (Libro de registro lavado de instrumental 05ES27-V1 y entrega de turno 05ES24-V1); 2, Se evidencia el monitoreo, mes a mes (enero a noviembre de 2017), por jornadas y encargados del registro de doce (12) libros.
ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO	Demora en la Atención					4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad de entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos	4. Seguimiento puntual con Cirugía vascular en oportunidad de entrega de soportes de consulta y presentar a especialista para toma de correctivos		Se evidencia con actas Nos 28, 46, 67 de 18 de mayo, 7 de julio y 48 de septiembre, de 2017, respectivamente, el seguimiento y análisis a la cirugía vascular.

100

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA



HUS
 HOSPITAL UNIVERSITARIO
 DE LA SAMARITANA
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ANEXO No. 1 COMPARATIVO FUENTE GESTION DEL RIESGO EN LOS PUMP DE PROCESOS DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

		RESULTADOS				RESULTADOS			
PROCESO	DESCRIPCIÓN DE OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	RESULTADO Y/O AVANCE	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	% DE AVANCE	OBSERVACIONES AL SEGUIMIENTO DE CONTROL INTERNO
						5., Toma correctivos en la planeación de atención especialista.	5., Toma correctivos en la planeación de atención especialista.	30%	Se proponen correctivos de ampliar el tiempo de la atención a 30 minutos por consulta siempre y cuando también se realice la atención y registro de la historia de manera simultánea; el especialista manifiesta no cambiar su estrategia y socializará estos datos a su equipo, con el fin de buscar mejora en el tiempo de atención junto con la entrega de soportes, con eficiencia y no en detrimento de la calidad.

rol

ANEXO No 2

PREGUNTAS ENCUESTA MIPG 2017 - RIESGOS

Las decisiones en el ejercicio de planeación se toman con base en:

Resultados de la evaluación
de la gestión de riesgos

-
-
-

La política de administración de riesgos de la entidad definida por el Representante Legal y su equipo directivo incluye:

a

No tiene política de administración de riesgos

b

Objetivo de la política

c

Alcance de la política

d

Nivel de aceptación de riesgo

e

Periodicidad y responsables del seguimiento de los riesgos

f

Niveles de responsabilidad y autoridad para el manejo de los riesgos

g

Análisis del contexto interno y externo de la entidad

h

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

Seleccione los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad a los cuales se les hizo seguimiento:

a

No hace seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

b



Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos

c



Estrategia antitrámites

d



Rendición de cuentas

e



Participación ciudadana

f



Servicio al ciudadano

g



Transparencia y acceso a la Información

h



Otro. ¿Cuál?

i



Ingrese la URL del sitio oficial donde está publicado el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:

*

Seleccione las actividades realizadas por la entidad en materia de monitoreo de la Estrategia de Gobierno en línea:

a



Seguimiento al uso de los conjuntos de datos publicados

b



Definición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI

c



Medición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI

d



Formulación de acciones de mejora a partir de la medición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI

e



Definición de un programa y/o estrategia de calidad de los componentes de información institucional

f



Seguimiento del programa y/o estrategia de calidad de los componentes de información definido

g



Implementación de los controles de calidad de los datos en los sistemas de información

h



Definición de los indicadores y métricas para medir la calidad de los componentes de información

i



Ejercicios de diagnóstico y perfilamiento de la calidad de datos

j



Definición y aplicación de metodologías para medir la calidad de los componentes de información

k



Definición de acuerdos de nivel de servicio para los servicios tecnológicos prestados por terceros

l



Seguimiento a los acuerdos de nivel de servicio para los servicios tecnológicos prestados por terceros

m



Implementación de herramientas de gestión para el monitoreo y generación de alarmas tempranas sobre la continuidad y disponibilidad de los servicios

n



Proyección de la capacidad de los servicios tecnológicos

o



Revisión periódica de los compromisos establecidos para ejecutar el plan de tratamiento de riesgos a la seguridad de la información

p



Seguimiento a la efectividad de los controles a los riesgos a la seguridad de la información

q



Determinación de la eficacia en la gestión de incidentes de seguridad de la información en la entidad

r



Formulación del plan de seguimiento, evaluación y análisis de resultados del MSPI, teniendo en cuenta los indicadores de gestión y cumplimiento

s



Formulación de los planes de auditoria para la revisión y verificación la gestión de la seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad

t



Seguimiento y control a la implementación del MSPI, por parte del comité de gestión y desempeño institucional o el que haga sus veces

u



Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

*

v



Ninguna de las anteriores

La entidad cuenta con: 

a



Un avance del documento con la metodología para la gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información

b



Una metodología formalizada para la gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información

c



Un avance del plan de tratamiento del riesgo

d



El plan de tratamiento del riesgo establecido

e



La declaración de aplicabilidad en desarrollo

f



Una declaración de aplicabilidad definida

g



Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

h



Ninguna de las anteriores

*** ¿La entidad realiza la identificación, análisis y evaluación de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología planteada por la entidad?**

a

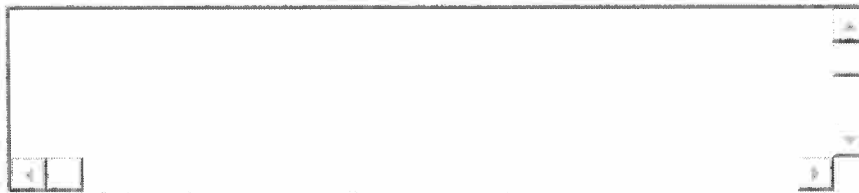


No

b



En desarrollo /en proceso, y cuenta con las evidencias:



c



Si, y cuenta con las evidencias:

Respecto al plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, indique las acciones realizadas por la entidad:

a



Está construyendo el plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos

b



Generó y aprobó el plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos

c



Está construyendo los informes relacionados con la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información

d



Generó y aprobó los informes relacionados con la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información

e



Está definiendo los indicadores de gestión y cumplimiento que permitan identificar si la implementación del MSPI es eficiente, eficaz y efectiva

f

Definió y aprobó los indicadores de gestión y cumplimiento que permitan identificar si la implementación del MSPI es eficiente, eficaz y efectiva

g

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

h

Ninguna de las anteriores

Respecto al plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, indique las acciones realizadas por la entidad: ?

a

Está construyendo el plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos

b

Generó y aprobó el plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos

c

Está construyendo los informes relacionados con la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información

d

Generó y aprobó los informes relacionados con la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información

e

Está definiendo los indicadores de gestión y cumplimiento que permitan identificar si la implementación del MSPI es eficiente, eficaz y efectiva

f

Definió y aprobó los indicadores de gestión y cumplimiento que permitan identificar si la implementación del MSPI es eficiente, eficaz y efectiva

g

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

h

Ninguna de las anteriores

La información generada por la Auditoría interna le permite al equipo directivo: ?

a

Tomar decisiones basadas en evidencia

b



Mejorar sus procesos

c



Actualizar los riesgos

d



Identificar, implementar y hacer seguimiento a los controles

e



Optimizar el uso de los recursos de la entidad

f



Garantizar el cumplimiento normativo frente a temas de auditados

g



Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

*

h



Ninguna de las anteriores

A partir de la política de administración del riesgo, los gerentes públicos y los líderes de los procesos:

a



Identifican los factores de riesgo de sus procesos o proyectos a cargo

b



Identifican los riesgos claves que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad

c



Identifican los procesos susceptibles de posibles actos de corrupción

d



Definen responsables para el seguimiento y monitoreo de los riesgos

e



Determinan la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, sus consecuencias e impactos (riesgo inherente)

f

Evalúan la efectividad de los controles

g

Determinan la probabilidad e impacto de los riesgos con base en la evaluación de los controles (riesgo residual)

h

Establecen las acciones para mejorar los controles existentes o crear nuevos controles

i

Realizan el seguimiento al mapa de riesgos con la periodicidad definida

j

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

k

Ninguna de las anteriores

Los responsables designados para el seguimiento y monitoreo de los riesgos de la entidad:

a

No hay responsables designados para el seguimiento y monitoreo de los riesgos

b

Verifican la ejecución de los controles tal y como fueron diseñados

c

Verifican si la implementación de los controles evita la materialización de riesgos

d

Proponen acciones preventivas

e

Documentan las acciones de seguimiento y monitoreo del riesgo

f

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

g

Ninguna de las anteriores

* ¿La oficina de planeación o quien haga sus veces, consolida y realiza seguimiento a los mapas de riesgo establecidos por los gerentes públicos y los líderes de los procesos?

a

No

b

Parcialmente, y cuenta con las evidencias:

c

Si, y cuenta con las evidencias:

* ¿Los supervisores e interventores realizan seguimiento a los riesgos de los contratos e informan las alertas a que haya lugar?

a

No

b

Parcialmente, y cuenta con las evidencias:

c

Si, y cuenta con las evidencias:

* La auditoría interna define su plan anual de auditoria a partir de:

a

Análisis del nivel de riesgo de los procesos o proyectos

b

Solicitudes del equipo directivo

c

La planeación estratégica de la entidad

d

Resultados de auditorías previas

e

Revisión de las PQRSD

f

Evaluación de la satisfacción de los grupos de valor

g

Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas:

h

Ninguna de las anteriores

*** En lo corrido del año, cuántos riesgos se han materializado en la entidad:**

a

Judiciales

b

Contractuales

c

Financieros

d

Administrativos

e

De seguridad y privacidad de la información

f

Legales o de cumplimiento

g

De imagen o confianza

h

Operativos

i

No se ha materializado ningún riesgo

Los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos incluyen:

a

No se han definido controles

b

Responsable del control

c



Propósito del control

d



Frecuencia del control

e



Descripción detallada de la operación del control

f



Manejo de las desviaciones del control

g



Evidencia del control

h



Nombre del control

i



Ingrese la URL, documento o evidencia de las respuestas seleccionadas: