

05GIS15 - V1

Al contestar por favor cite:2016110012861-1



Bogotá, 16 de Noviembre de 2016

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA GARCIA
Gerente
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref :Seguimiento PUMP I Semestre año 2016

Cordial saludo.

Adjunto estoy enviando informe de Auditoria en el cual se hizo seguimiento al PUMP con corte a junio de 2016, el cual tuvo un avance de 41.62%, lo anterior atendiendo lo establecido en el procedimiento de elaboración y seguimiento del PUMP.

El presente seguimiento se publicará en la página WEB de la Entidad y es la fuente para que los líderes de los procesos o la Oficina de Planeación registren el porcentaje de avance de cada una de las actividades registradas en el PUMP. Lo anterior teniendo en cuenta que en el procedimiento se estableció que se realizarán tres seguimientos al PUMP en cada vigencia, con el presente informe se cumple con el I seguimiento. De igual manera, es de conocimiento de la oficina de Control Interno que el II seguimiento con corte a septiembre de 2016, fue realizado por la oficina Asesora de Planeación seguimiento el cual también debe ser publicado en la página WEB, el III seguimiento al PUMP vigencia 2016 lo realizará la Oficina de Control Interno en el mes de enero de 2017.

Con lo anterior damos cumplimiento a lo establecido y nos preparamos para la visita de Acreditación, en la cual posiblemente verifiquen la adherencia al procedimiento del PUMP.

Anexo: 109 folios



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA**

Empresa Social del Estado

05GIS15 - V1

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

- cc. Dr. Rodrigo Kure Sandoval – Director Científico
- cc. Dirección Administrativo
- cc. Lic. Nubia Guerrero preciado – Directora de atención al Usuario
- cc. Dra. Marlesby Sotelo Puerto – Directora Financiera
- cc. Dra. Vivian Castañeda Solano – Jefe Of. Asesora Planeación
- cc. Dra. Ruby Ruth Ramírez Medina – Jefe Of. Asesora Jurídica
- cc. Dra. Neidy Tinjaca Rueda - Subdirectora operativa Personal

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

SEGUIMIENTO A

'PROCEDIMIENTO, FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE

DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP'

Código del Documento 02GC03-V2

INFORME DE AUDITORÍA

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	3
1.4.	Base legal	4
2.	SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	5
3.	CONCLUSIONES	97
4.	RECOMENDACIONES	107

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

OBJETIVO

El objetivo del presente seguimiento es verificar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento por proceso de la vigencia 2015 y los avances del plan de mejoramiento por cada uno de los procesos, veintiséis (26), de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana de Bogotá y la Unidad funcional de Zipaquirá, según lo establece el acto administrativo, el procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan único de Mejora por proceso - PUMP y la programas desarrollados en la presente vigencia y que la entidad debe desarrollar en cada vigencia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar el seguimiento con los soportes documentales aportado por los servidores públicos que lideran cada uno de los procesos soportes de cada una de las acciones y/o actividades y/o avances de las acciones de mejora que informan en cada uno de los planes. Y programas desarrollados por la entidad.
- Presentar el estado de cumplimiento (vigencia 2015) avance (vigencia 2016) de los planes de mejora por proceso suscrito y registrado en la Intranet de la E.S.E. HOSPITAL Universitario de la Samaritana.

ALCANCE

El alcance del PROCEDIMIENTO FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP, Código del Documento 02GC03-V2, va

DESDE: Que se detecta la no conformidad real, potencial y/u oportunidad de mejora;

HASTA: Que se evidencie el cierre eficaz de las acciones tomadas y la comunicación del informe de seguimiento a los responsables de los procesos y/o órganos de Control según Plan o Programa.

APLICACIÓN: Aplica para todos los procesos, informes de auditoría, planes y programas institucionales, dando cumplimiento al sistema Integrado de Calidad.

METODOLOGIA

En los inicios del presente informe se define "programa" y "plan" tanto de la real Academia Española

PLAN

Tiene su origen etimológico en el latín, emana del vocablo latino planus que puede traducirse como "plano"

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

PROGRAMA

Derivado del latín programa que, a su vez, tiene su origen en un vocablo griego posee múltiples acepciones.

Concepto de **Programa** puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia (la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura); y/o la descripción de las características o etapas en que se organizan determinados actos o actividades que se irá a realizar.

ACCIÓN DE MEJORA

Toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas¹.

MEJORA CONTINUA

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

Una vez presentadas las definiciones se presenta el normograma producto del presente informe, posteriormente se da inicio a la verificación de las actividades del PROCEDIMIENTO FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP, Código del Documento 02GC03-V2; relacionado de las acciones de mejora por proceso de la vigencia 2015 y 2016 con su correspondiente cumplimiento y avance publicado en la Intranet.; para continuar en la parte final con las conclusiones y terminando con las recomendaciones.

Una vez terminado el informe se presentó en el mes de septiembre a cada uno de los responsables para que retroalimenten el informe y nos presenten sus observaciones y/o modificaciones debidamente soportadas y posteriormente incluirlas en el informe final.

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 distinción 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

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

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.

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

2. PROCEDIMIENTO FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP Código del Documento 02GC03-V2

DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

1. Identificar los aspectos a mejorar

Responsable: líderes de proceso

Descripción

- Registrar todos los aspectos a mejorar provenientes de las diferentes fuentes identificadas en el formato 05GC24 Plan Único de mejora por proceso.
- En el Plan Único de mejora por proceso, se deben incluir las acciones de mejora identificadas en el periodo, si hay informes de Auditoría de entes de Control se debe formular las acciones de mejora inmediatamente y reportadas a la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la calidad para su consolidación, seguimiento, evaluación y cierre en todas las unidades funcionales.
- Seleccionar la fuente de donde se generó la no conformidad real, potencial y/u oportunidad de

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

mejoramiento de las Auditorías de las vigencias 2013, 2014 y morgue) la Superintendencia Nacional de Salud (Plan de mejoramiento de la visita de Auditoría), La Procuraduría General de la Nación (Visita de verificación al Comité de Conciliaciones), Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP y las Auditorías, que hacen parte integral del Plan de Auditorías de la Oficina Asesora de Control Interno, algunas de ellas de obligatorio para los entes de Control (Contaduría General de la Nación- Control Interno Contable, Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP – Informe Cuatrimestral, Dirección Nacional de derechos de Autor – Informe del Software y Hardware, CNSC– Evaluación por dependencias) y el PAMEC.

Las acciones específicas de mejoramiento de los Planes de mejoramiento por proceso del presente informe provienen principalmente de las siguientes fuentes:

el AUTOCONTROL, la acreditación, la Gestión del riesgo, La Auditoría Interna HSEQ, Seguridad del paciente, Auditoría Interna habilitación, Indicadores de Gestión, Auditoría externa Secretaria de Salud de Cundinamarca, PQRS, servicio no conforme, Auditoría externa EPSs, Auditoría Externa INVIMA, Revisión Gerencial y Otras.

En la tabla a continuación se puede verificar las acciones de mejora que contienen los planes de la entidad como FUENTE para la elaboración del Plan de Mejora por proceso Institucional, solamente contienen el 5% de las acciones de mejora establecidas por los entes de control y Auditorías Internas.

DESCRIPCION	NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA	OBSERVACIONES	FUENTE DE LAS ACCIONES DE MEJORA EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	
			NUMERO	PORCENTUAL
PLAN OPERATIVO ANUAL - POA	47	equivalente a Metas de Producto	0	0
SUPERINTENDENCIA Nacional de Salud - SUPERSALUD	78	Del Plan de mejoramiento aprobado en Diciembre de 2015	5	6%
CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA - Vigencia. 2014	63	Equivalente a actividades de mejora	15	24%
CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA - Informes Bimestrales Control Interno	12	Reiteradas en los informes bimestrales de 2015 y en el informe de verificación 2014	0	0%
PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION- Procuraduría Judicial	ND	Comité de Conciliaciones	ND	0%
Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP	44		0	0%
Dirección Nacional de derechos de Autor – Informe del Software y	8	Se reiteran 6 y 3 del año 2015	0	0%

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

DESCRIPCION	NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA	OBSERVACIONES	FUENTE DE LAS ACCIONES DE MEJORA EN EL PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	
			NUMERO	PORCENTUAL
Plan anticorrupción y Atención al ciudadano	32	En sus componentes	0	0%
CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA - Morgue 2015	6	Se cumplieron en la misma vigencia de 2015	0	0%
CNSC- Evaluación por dependencias	ND		ND	0%
PAMEC.	33		0	0%
Contaduria General de la Nación - Contro Interno Contable	42	se reiteran 13 y 15 del año 2015	0	0%
TOTAL	407		22	5%

Fuente: Control Interno - Seguimientos y Auditorias

- Las primeras columnas de la tabla anterior, registra el nombre y/o informe de auditoría y el número de hallazgos y/o no conformidades sobre los cuales se deben formular acciones de mejora.
- La siguiente columna el número de las observaciones si las hay.
- Y las columnas cuarta y quinta nos proporcionan en números absolutos y relativos las acciones de mejora registradas en el plan de mejora por proceso – PUMP, por cada informe de auditoría.
- se afirma y concluye:
 - ✓ el Plan de mejora por procesos – PUMP de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe contener 407 (cuatrocientos siete) acciones de mejora producto de los informes de Auditoria institucional e interna..
 - ✓ Que el Plan de mejora por proceso – PUMP de la vigencia 2016, contiene solamente 22 acciones de mejora, de los informes de Auditoria presentados a la Gerencia de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

Cotejando el Plan de mejoramiento elaborado por la E.S.E. y aprobado por la Contraloría de Cundinamarca en el que se precisan las estrategias y las actividades para cada uno de los hallazgos detectados por el ente de Control y el Plan de mejoramiento por proceso que describe las acciones de mejora y las acciones de mejora específicas, respectivamente; en el cuadro a continuación, del proceso de GESTION FARMACEUTICA se encuentran las acciones específicas y/o actividades reproducidas textualmente en el Plan de Mejora por proceso, mientras que con las acciones de mejora y/o estrategias, han sido modificadas y transformadas en su totalidad.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA		PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	
ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	ACCION DE MEJORA	ACCION ESPECIFICA DE MEJORA
Inventarios: Se determinó la realización de conteos bimensuales	Realizar conteos de control cada dos meses.	<p>Actualizar el protocolo de Control de Fechas de Vencimiento de Productos Farmacéuticos, Procedimiento de Recepción técnica de Productos Farmacéuticos y Protocolo de Creación de Códigos, donde se especifique que debe haber una sola persona con el perfil adecuado para el ingreso de facturas y de creación de códigos..</p>	Realizar conteos de control cada dos meses
Elaboración de listados de fechas de vencimiento y lotes de medicamentos y dispositivos médicos de todas las farmacias,	Cada dos meses se realizaran listados con fechas de vencimiento y lotes por farmacia		Cada dos meses se realizaran listados con fechas de vencimiento y lotes por farmacia
	Gestión de cambios de medicamentos con menos de tres meses de vencimiento		Gestión de cambios de medicamentos con menos de tres meses de vencimiento
El Ingreso al sistema de medicamentos y dispositivos médicos será realizado por un regente de farmacia.	Ingreso al sistema con la información, completa y verídica del producto farmacéutico para su trazabilidad.		Ingreso al sistema con la información, completa y verídica del producto farmacéutico para su trazabilidad.
Auditoria mensual a la información registrada en el sistema sobre los productos farmacéuticos	Auditar por parte de un Químico Farmacéutico, aleatoriamente, los productos farmacéuticos ingresados.		Auditar por parte de un Químico Farmacéutico, aleatoriamente, los productos farmacéuticos ingresados.
	adelantar las correcciones cuando se detecten errores en el registro e implementar acciones correctivas para que no se repitan los errores		adelantar las correcciones cuando se detecten errores en el registro e implementar acciones correctivas para que no se repitan los errores
Consolidar la información para integrarla a la carpeta contractual	Enviar para el archivo de la carpeta contractual los soportes que se alleguen de los Laboratorios y/o proveedores en donde se evidencie el cambio de los medicamentos y dispositivos médicos.	Enviar para el archivo de la carpeta contractual los soportes que se alleguen de los Laboratorios y/o proveedores en donde se evidencie el cambio de los medicamentos y dispositivos médicos.	
Elaborar e Implementar los Protocolos de seguimiento a contratos y órdenes de compra.	Elaboración e Implementación de protocolos de seguimiento a contratos y órdenes de compra, detallado por producto	Actualizar el protocolo de Control de Fechas de Vencimiento de Productos Farmacéuticos, Procedimiento de	Elaboración e Implementación de protocolos de seguimiento a contratos y órdenes de compra, detallado por producto

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

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA		PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	
ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	ACCION DE MEJORA	ACCION ESPECIFICA DE MEJORA
productos farmacéuticos	de calificación técnica de productos farmacéuticos.	Procedimiento de selección de productos farmacéuticos, procedimiento de distribución de productos farmacéuticos	calificación técnica de productos farmacéuticos.

Fuente: Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2014

Por lo tanto la actividad No. 1 del procedimiento 'formulación, seguimiento y cierres del plan único de mejora por proceso - PUMP' no se cumple.

2. Realizar análisis de causas

Responsable líderes de proceso

Descripción

- *Identificar la causa raíz que puede estar ocasionando la no conformidad real, potencial u oportunidad de mejora.*
- *Realizar el análisis de causa de acuerdo con la metodología de los 3 ¿Por qué?, la cual consiste en realizar sucesivamente la pregunta "¿porqué?", la cual consiste en realizar sucesivamente la pregunta "¿porqué?", 3 veces hasta encontrar la causa raíz de la no conformidad dejando como anexo el análisis de causa que determino la causa raíz, luego registre la causa raíz de la no conformidad real, potencia u oportunidades mejora en el formato 05GC24 – Plan Único de mejora.....*
- *El análisis de causa de los hallazgo relacionados con novedades de seguridad del paciente se aplica a la metodología definida por el procedimiento 02GC04 – Gestión de los eventos Asociados en la Atención en Salud.*

Evidencia

Esta actividad No se identificó para la realización del presente seguimiento.

3. Identificar el atributo de Calidad vulnerado

Responsable líderes de proceso

Descripción

- ❖ *Seleccionar el atributo de calidad que se está vulnerando con el incumplimiento.*
Son atributos de calidad Pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, coordinación, eficiencia, aceptabilidad, competencia y efectividad

Evidencia

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

4. Describir la acción de mejora

Responsable líderes de proceso.

Descripción

*Definir las acciones de mejora que va a desarrollar para erradicar la causa raíz de la NO conformidad real, potencial u oportunidad de mejora y evitar su nueva ocurrencia. Especificando a fases del DDIMM (documentado, desplegado, implementado, medido y mejorado) va enfocada la acción de mejora propuesta, **de acuerdo a la metodología institucional de mejora continua.** Ejemplo si la acción de mejora el año anterior era documentar y desplegar un procedimiento, ya para este año la acción de mejora inicia en la fase del DDMM implementar y medir el procedimiento.*

Evidencia

- ❖ La circular reglamentaria No. 001 de febrero de 2014, firmada por el representante legal de la entidad, con asunto: Implementación de planes de mejoramiento – instructivo, dentro del presente procedimiento **no se aplicó** a los Planes de mejoramiento del presente informe.
- ❖ No se evidencio ningún documento que derogue la circular reglamentaria No. 001 de febrero de 2014.
- ❖ No se evidencio en la Intranet **la metodología institucional de mejora continua**, sobre la cual se hayan matriculado los Planes de mejoramiento por proceso del presente informe..
- ❖ No se evidencio el cumplimiento de lo descrito en la presente actividad; por cuanto al realizar el seguimiento se observa que las acciones persisten en los Planes de Mejoramiento por Proceso:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	MACROPROCESO
Definir el procedimiento y la programación de la realización de la rendición de cuentas con base en el documento DAFP y reporte a las entidades de Control.	Definir el procedimiento y la programación de la realización de la rendición de cuentas con base en el documento del DAFP y reporte a las diferentes entidades de Control.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Documentar, desplegar e implementar y medir el POA por procesos.	Documentar, desplegar e implementar y medir el POA por procesos	
Implementar el programa de seguridad del paciente de acuerdo al cronograma establecido.	Desplegar e implementar el Programa de seguridad del paciente institucionalmente.	GESTION DE LA CALIDAD
Documentar y socializar mapa de riesgo por proceso e institucional.	Documentar y socializar mapa de riesgo por proceso e institucional.	
Implementar segunda fase de ORFEO.	Implementar segunda fase de ORFEO,	SISTEMA DE INFORMACIÓN
Desplegar, implementar, medir y mejorar el Programa de Comunicaciones	Desplegar implementar y medir el Plan de comunicaciones.	

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	MACROPROCESO
	correspondiente	
Realizar la reunión del comité de reuso con la información enviada de parte del INVIMA y el Ministerio de Salud para definir la pertinencia de continuar esta práctica a Nivel.	Realizar la reunión del comité de reusó con la información enviada de parte del INVIMA y el Ministerio de Salud para definir la pertinencia de continuar esta práctica a Nivel institucional.	
Ejecutar el mantenimiento de guarda camillas y bordes de paredes y pisos deterioradas de todas las áreas de consulta externa después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos.	Ejecutar el mantenimiento de guardacamillas y bordes de paredes y pisos deterioradas de todas las áreas de consulta externa después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos	GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA
Control en la organización de las carpetas de los contratos contra tabla de retención documental.	Control en la organización de las carpetas de los contratos contra tabla de retención documental,.	FACTURACIÓN Y RECAUDO
Generar una metodología de enseñanza para las capacitaciones en el uso de la tecnología biomédica.	Generar una metodología de enseñanza para las capacitaciones en el uso de la tecnología biomédica.	TECNOLOGIA BIOMEDICA
Documentar, implementar, medir el indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de compra.	Documentar, implementar, medir el indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de compra.	GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS
Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo,	Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
Publicar la resolución de creación del comité de sostenibilidad contable a través de la Intranet. Documentar y acopiar todas las actas del comité específicamente en lo que corresponda a ajustes contables.	Publicar la resolución de creación del comité de sostenibilidad contable a través de la Intranet. Documentar y acopiar todas las actas del comité específicamente en lo que corresponda a ajustes contables.	GESTIÓN FINANCIERA
Realizar programa institucional de atención de víctimas de violencia sexual.	Realizar programa institucional violencia sexual;	ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS
Diseñar el cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia.	Diseñar el cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
re entrenamiento del personal y fortalecer las barreras de seguridad en	re entrenamiento del personal y fortalecer	BANCO DE SANGRE

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

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	MACROPROCESO
Mala calidad de los materiales utilizados internamente de la unidad móvil ya que no resisten trabajo continuo Priorizar la reparación de la unidad móvil	Priorizar la reparación de la unidad móvil.	
Disminuir en 1% el porcentaje de inasistencia	Disminuir en 1% el porcentaje de inasistencia	ATENCION PACIENTE AMBULATORIO

Fuente: Planes de mejoramiento por proceso vigencia 2015 y 2016

5. Priorizar las acciones de mejora a desarrollar

Responsable líderes de proceso y Director

Descripción

Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo las cuales se aplican así:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o institución y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance de mejoramiento cobertura (beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el valor y 5 el máximo valor. Se utilizara la siguiente tabla de calificación.

La calificación más alta es al multiplicar el valor de cada uno de los criterios, pero se considerarían acciones de mejoramiento priorizadas las calificadas superiores a 75 puntos.

Las acciones de mejora generadas por auditorias de entes de control, habilitación y eventos adversos siempre serán prioridad para implementar.

Evidencia

En la presente actividad no se identificó su trazabilidad, ni se observó la metodología alguna en el desarrollo, por lo tanto NO se aplicó.

6. Identificar el riesgo

Responsable líderes de proceso

Descripción

Identificar los riesgos que se puedan materializar al ejecutar la acción de mejora planificada. Tener en cuenta cuando se diseñe una acción de mejora, esta no se debe generar un riesgo mayor a la acción planteada. Evaluar si el riesgo es mayor que el impacto de la acción de mejora, se define si se cambia la acción de mejora o se justifica su no implementación.

Evidencia

Frente a la identificación de los riesgos y para dar complementariedad, Control Interno, esta

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

Responsable líderes de proceso

Descripción

- Definir las actividades específicas para cerrar el incumplimiento de las acciones de mejora priorizadas.
- Selección el TIPO DE ACCION, adecuada para eliminar la causa raíz del incumplimiento a desarrollar (corrección, acción correctiva, acción preventiva u oportunidad de mejora).
- Definir las actividades específicas que se llevaran a cabo para dar cumplimiento a la acción de mejora propuesta y cerrar el incumplimiento.
- Definir la fecha de terminación de la ejecución de las acciones de mejora planificadas.
- Describir en forma clara que evidencias va a generar del cumplimiento de las acciones de mejora y la cantidad de cada uno de ellas.
- Registrar el cargo y nombre del colaborador que tiene la responsabilidad de ejecutar las acciones de mejora planificadas.
- Definir que indicador planea mejorar con la acción de mejora priorizada y en que valor (establecer la meta a alcanzar con la implementación de la acción) lo cual permite evaluar la efectividad de la acción de manera objetiva.

Evidencia

La descripción de las acciones de mejora del Plan de mejoramiento por proceso, producto de un hallazgo, se encuentran descritas; lo mismo sucede con las acciones específicas de mejoramiento, sin embargo en varias ellas **no son compatibles o no son de competencia del Proceso**, con entre las mismas, ejemplo de las mismas son:

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO Y/O OBSERVACION
Desplegar el código de ética	Definir claramente quienes y en condiciones están autorizados para recibir dinero por los servicios estableciendo puntos de control. Estimular facilitar a la comunidad los mecanismos para la denuncia ante estos hechos	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
Se Generó y estructuró una Oficina de tramites de Autorización desde el Hospital.	1. Revisión del proceso de Autorización de Procedimientos y Material de Osteosíntesis 2. Generar unos tiempos Quirúrgicos ofertados a las especialidades de acuerdo a la demanda para que se agenden los procedimientos por especialista.	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO
Independizar áreas	Obra civil para independizar las áreas	ATENCION FARMACEUTICA
	Definición del nuevo organigrama	BANCO DE SANGRE

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



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

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO Y/O OBSERVACION
	Cambio del manual de garantía de la calidad con el nuevo organigrama.	que los bancos de sangre deberán tener internamente su organigrama.
Priorizar el arreglo de la nevera de 4°C	Definición de la Firma de compra de repuestos. Fechas de entrega de la nevera.. Nevera funcionando.	BANCO DE SANGRE. No es competencia del proceso
Implementar controles para prevenir un accidente de tránsito	Verificación de las infracciones por cada conductor de la Ambulancia. Licencia de conducción vigente.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Documentar, socializar, implementar y medir el procedimiento de seguimiento a los proyectos de investigación que se desarrollen en el HUS	Documentar el Manual de Investigación	INVESTIGACIÓN
Realizar la contratación del mantenimiento preventivo y correctivo de los timbres de llamado	Realizar la contratación y hacer la priorización del mantenimiento preventivo y correctivo de los llamados de enfermería para el segundo semestre de 2005. Enviar un comunicado al departamento de enfermería solicitado se generen estrategias que garanticen la seguridad del paciente frente a esta dificultad.	GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA.
Contratar una jefe de enfermería exclusiva para TRIAGE	Contratación enfermera jefe exclusiva para TRIAGE	ATENCION PACIENTE URGENCIAS
Contratar q enfermera para TRIAGE	Reubicación personal de enfermería. Contratación de jefe de enfermería como gestora de Calidad.	
Alinear el proceso con la línea estratégica priorizada de la política de humanización comunicación asertiva prudente entre nosotros y el paciente.	Socialización pacto por el trato amable.	ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO
Priorizar la reparación de la unidad móvil.	Ejecución de la reparación de la Unidad móvil. Fecha de envío para arreglo de unidad móvil. Unidad móvil reparada.	BANCO DE SANGRE No es competencia del proceso
Documentar, desplegar, implementar y	Documentar, desplegar, implementar y medir la adherencia de	

COMISIÓN DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO Y/O OBSERVACION
	procedimiento embalaje y transporte de muestras para procesamiento a laboratorios externos. Documentar, desplegar, implementar y medir la adherencia de procedimiento procesamiento lectura de muestras y análisis de resultados. Documentar, desplegar, implementar y medir la adherencia procedimiento entrega de reportes.	
Documentar, desplegar, implementar y medir la adherencia de procedimiento control de calidad de citologías cervico-uterinas.	-Actualizar el procedimiento control de calidad de citologías cervico-uterinas. -Socializar con el personal. -Implementar procedimiento. -Medir adherencia a través de lista de chequeo.	
Actualizar procedimientos de ingreso y egreso del Hospital	Implementar y realizar el seguimiento al cumplimiento de procedimientos de vigilancia	HOTELERIA HOSPITALARIA
Reducir tiempos de espera para la atención mínimo de 50%	Continuar con el seguimiento a bitácoras llegada especialista y retroalimentación o ajuste de agenda o ajuste de agendas. Presentar informe cada 4 meses a dirección científica para fines pertinentes.	ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO
Disminuir el 1% el porcentaje de inasistencia.	Confirmación citas al 30% mensual de citas que incluya confirmación. 2. Socialización procedimiento	ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO
Ajustar y ajustar el manual de toma , transporte, conservación y remisión de muestras	Ajustar el Manual Socializar e implementar	ATENCIÓN PACIENTE AMBULATORIO Ajustar el Manual es competencia de Proceso de APOYO DIAGNOSTICO
Implementar y socializar canales de comunicación para identificar las necesidades de los estudiantes	Ampliar los buzones del cliente interno para estudiantes	DOCENCIA No es competencia del proceso

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso 2016

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



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

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA / ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	INDICADOR	PROCESO
Documentar la solicitud de la realización de la 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.	Número de acciones realizadas de mejora realizadas/ número de acciones de mejora programadas.	Proceso DESARROLLO DE SERVICIOS De fecha 01/11/2015

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso 2016

Otras de las acciones del plan de mejoramiento por proceso se observan repetidas como:

DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO
Actualización de #5 procedimientos y 22 formatos de acuerdo a la nueva caracterización (#12 formatos de encuesta y #10 de otros formatos). Acción de mejora No. 2 y No. 6.	1. Documentar los procedimientos y formatos al equipo prioritario. 2. Despliegue del procedimiento y formatos al equipo. 3. Implementación de los procedimientos y formatos.	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA

Fuente: Plan Único de Mejora por Proceso 2016

Las variables de fechas, evidencias que se generan, registro de cargo y nombre del colaborador que ejecuta las acciones no se verificaron por cuanto no se evidencian soportes físicos que evidencien estas variables.

NO se aplicó, en la actividad y/o no se identificó ni se observó la **metodología utilizada**, como tampoco la trazabilidad en la construcción e identificación del riesgo.

8. Implementar las acciones de mejora planificadas.

Responsable

Líderes de Proceso

Descripción

Ejecutar cada una de las acciones de mejora planteadas en el tiempo establecido, generando las evidencias de su cumplimiento, las cuales serán verificados en el seguimiento por la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la calidad.

Evidencia

Se verifico la ejecución de las acciones de mejora con soportes documentales y/o en medio magnético, allegados a esta oficina, de los procesos Gestión de la Calidad, Gestión de la Información Esterilización, Gestión de la Infraestructura, Hotelería Hospitalaria, Tecnología

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

9. **Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones tomadas para el cierre del ciclo**

Responsable

Profesional de Gestión de la Calidad y Control Interno

Descripción

- *Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa semestral que el impacto sea el esperado, esta verificación se hace a través de seguimiento semestral durante el primer semestre del año y trimestrales en el último semestre del año, en los cuales se **registran los soportes de avance**, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo, en desarrollo o No iniciado.*

Evidencia

La oficina de Control Interno realizó con el actual informe el seguimiento al Plan de mejoramiento por proceso, correspondiente al primer semestre de 2016, el presente seguimiento se realizará en base a los indicadores registrados en el Plan de mejoramiento institucional, publicado en la Intranet con fecha 17 de junio de 2016; se registran los soportes de los avances por procesos de las acciones de mejora del Plan de mejoramiento de 2016, como sigue:

DESCRIPCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Soportado	17	65,38%
Sin soporte documental y/o magnético	7	26,92%
Sin Plan Único de Mejora por Proceso	2	7,69%
TOTAL PROCESOS	26	

La tabla siguiente presenta las acciones de mejora del Plan de mejoramiento por proceso 2015 y su cumplimiento; del Plan de Mejora por Proceso 2016 se presenta el avance registrado luego de verificada la evidencia, por esta oficina, con corte a Junio 30 de 2016.

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO			
<p>seguimiento mensual al resultado de los procesos y de la gestión de los procesos por parte de las Direcciones, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>se implementa una estrategia de despliegue del Modelo de Gestión Estratégico para los colaboradores, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>se define la estrategia de despliegue del Modelo de Gestión Estratégico para los colaboradores contemplando diferentes actividades en el año de 2015, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>se define la estrategia de despliegue del Modelo de Gestión Estratégico para los colaboradores contemplando diferentes actividades en el año de 2016, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>se define la estrategia de despliegue del Modelo de Gestión Estratégico para los colaboradores contemplando diferentes actividades en el año de 2017, acción cerrada, cumplimiento 100%</p>	<p>Diseñar la estrategia de despliegue de direccionamiento Estratégico para los colaboradores contemplando diferentes actividades en el año de despliegue que puedan generar recordación, avance 0%.</p> <p>Implementar el seguimiento a las tareas como primera actividad del comité Directivo, avance 50%</p> <p>Implementar los indicadores de los procesos en el tablero único de Control de Indicadores, avance 70%.</p> <p>Definir el procedimiento y la programación de la realización de la rendición de cuentas con base en el documento del DAFP y reporte a las diferentes entidades de Control, avance 100%.</p> <p>Documentar, desplegar e implementar y medir el POA por procesos, avance 62.5%.</p> <p>Desplegar el código de Ética, avance 0%</p> <p>Inducción y reintroducción a los colaboradores acerca de la normatividad vigente más relevante, avance 0%.</p> <p>Evaluar la adherencia a la misión, visión y objetivos estratégicos, dejando el registro de la calificación de cada participante, realizar retroalimentación y presentar resultado en comité directivo ampliado, avance 0%</p> <p>Documentar procedimiento de cómo actuar en caso de agresión al cliente interno y externo, avance 0%</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan Único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus dieciocho (18) acciones de mejora es del 84.9%</p> <p>No hay publicado para la vigencia 2016 el Plan Único de mejora por procesos, sin embargo hace parte del Plan de mejora institucional, realizada la verificación de la tabla del Plan de mejora por proceso se observa un avance 33.33%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no se evidencian documentalmente los soportes de las acciones de mejora.</p> <p>El Plan de mejora por procesos para la vigencia 2016 registra 5 acciones de mejora desarrolladas en el 2015, de las cuales tres se registraron cerradas y con cumplimiento del 100% y las dos restantes (Implementar el seguimiento a las tareas como primera actividad del comité Directivo, registra cumplimiento 2015 avance 2016 igual al 50% (Implementar los indicadores de los procesos en el tablero único de Control de Indicadores) registra cumplimiento 2015 y avance 2016 igual al 70%; por tanto no registran avance. En la acción de mejora Documentar el modelo de implementación del HUS cumplimiento fue del 50% en la vigencia 2016 no se reportó como acción de mejora.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
NFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Y asociar los comportamientos que deben ir en cumplimiento de los principios y valoresaboradores de las características del modelo acción, acción cerrada, cumplimiento 100%</p>			<p>No se evidencio soporte alguno para la verificación c Plan de mejoramiento 2016</p>
GESTION DE LA CALIDAD			
<p>a de riesgo por proceso y mapa de riesgo onal socializados mentar y socializar procedimiento administración jo, acción abierta, cumplimiento 100% umentar el procedimiento definición de la na estratégica. lizar procedimiento a líderes de proceso, acción a, cumplimiento 100% plegar al 100% del personal asistencial el na de seguridad del paciente mentar el programa de seguridad del paciente de r al cronograma establecido, acción abierta, miento 90% sorar a los líderes de proceso en la formulación es operativos anuales ulización de 24 POA por proceso, acción i, cumplimiento 100%. lizar procedimiento administración del riesgo r un seguimiento a los controles establecidos por esos, acción abierta, cumplimiento 100%. lirse y terminar el diplomado en seguridad del e con enfoque en la habilitación, acción</p>	<p>Documentar y socializar mapa de riesgo por proceso e institucional. avance 100%. Evidencia: En la Intranet se evidencia la publicación del mapa de riesgos institucional y por procesos Nota: Soportado con Acta de comité ampliado e informe de 2015, (soporte que no aplica) Desplegar e implementar el Programa de seguridad del paciente institucionalmente, avance 100%.. Evidencia: El programa de seguridad del paciente se despliega e implementa en el area asistencial. Nota: Soportado con Listado de asistencia del programa de seguridad del paciente de octubre de 2015, (soporte que no aplica). Generar e implementar el plan de formación en seguridad del paciente vigencia 2016, avance 0%. Evidencia: Soporte Hay cronograma de mayo a diciembre, (sin identificar año) e informe de gestión virtual, Socializar los funcionarios asistenciales las formas de</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en registra cumplimiento del 94%. Y el Plan de mejoramiento por proceso (publicado en el proceso de gestión de la calidad) el 87% de cumplimiento. El Plan de mejoramiento por proceso de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no se evidencian documentalmente soportes de las acciones de mejora. El Plan de mejoramiento de vigencia 2015 publicado en intranet en gestión de calidad contiene 11 acciones de mejora con 26 actividades específicas a realizar; embargo el Plan de mejoramiento institucional la vigencia 2015 contiene veintiseis (26) acciones de mejora con cincuenta y cuatro (54) actividades específicas. El plan de mejoramiento f proceso, publicado en intranet contiene once (1) acciones de mejora con actividades específicas.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>... cumplimiento 100%. ción de temas a abordar en formación en ción del paciente hacia los colaboradores y el a y la familia ño e inicio de implementación de Plan de ón en Seguridad del Paciente, acción abierta, imiento 60%. alizar a líderes de procesos alizar a funcionarios asistenciales, acción , cumplimiento 84%. erar consolidado informe filtrado por proceso vicio, y por tipo de atención insegura ntralmente, acción abierta y después almente, acción abierta, cumplimiento 75% itir a cada líder de paquete instruccional los es actualizados izar por cada paquete que pide el paquete, tiene, que hace falta y como se hara el illo de los indicadores de cada uno tualizar cronogramas de implementación tes, generar faltantes y empezarios a allar, acción abierta, cumplimiento 80%. blegar el procedimiento de adopción de guías armentar el procedimiento edir la adherencia, acción abierta, imiento 67%. antar y socializar mapa de riesgo por proceso e onal, acción abierta, cumplimiento 100% de registros implementado en el 100% de los</p>	<p>reportar las novedades de seguridad del paciente, (procedimiento de Gestión de novedades de seguridad del paciente (02GC04-V1), avance 100%. Evidencia: tres boletines de seguridad del paciente Informar a los líderes de procesos y servicios las novedades de seguridad que son reportadas en sus áreas para que puedan articular esta información a su gestión de periodicidad trimestral, avance 0%. Evidencia: Soportado con los boletines (3) y reporte de novedades, Actualizar los paquetes instruccionales en desarrollo a la versión 2015 y fortalecer su implementación (21 paquetes que no aplican), avance 50%. Evidencia: Hay informe de los paquetes instruccionales con análisis y resultado a junio de 2016, Actualizar el procedimiento de adopción de guías (DDIMM), avance 33%. Evidencia: procedimiento actualizado, aprobado en abril de 2016, Capacitación en análisis causal y formulación de acciones de mejora que generan impacto, avance 0%. Evidencia: No se evidencian Soportes,</p>	<p>la vigencia 2016 un registra avance de 34.8%</p>	<p>En el Plan único mejoramiento institucional también publicado en Intranet cuenta con diez (10) acciones de mejora c veinticinco (25) actividad específicas de mejoramiento</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



	FORMATO: INFORME...
CODIGO DEL DOCUMENTO:	

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>s del HUS, acción cerrada, cumplimiento</p> <p>de Direcciónamiento Caracterizado y do, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>ntar, socializar el procedimiento definición del e desarrollo institucional y plan indicativo nal, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>ar los Procedimientos de Auditorías Internas y de s correctivas, preventivas y de mejora, acción a, cumplimiento 100%.</p> <p>ntar el procedimiento definición de la plataforma jica, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>enso de los documentos disponibles en la ón relacionados o requeridos con los grupos de res de acreditación, acción cerrada, miento 100%.</p> <p>os documentos a la nueva pirámide documental la en la intranet, acción cerrada, miento 100%.</p> <p>un Consolidado de Planes de Mejora onal del año 2014, acción cerrada, miento 100%.</p> <p>ar, socializar, implementar y medir metodología nes únicos de mejora por proceso, acción a, cumplimiento 100%.</p> <p>ntar el plan operativo por proceso y los entos periódicos y sistemáticos de la plataforma jica, políticas y programas, acción cerrada, miento 100%.</p>	<p>Actualizar, socializar, implementar y medir el procedimiento de producto o servicio no conforme. Cumplidas 3 actividades, avance 0%.</p> <p><u>Evidencia:</u> No se evidencian Soportes,</p> <p>Asesoría del equipo de calidad a los líderes del proceso para que revalúen su análisis causales y ajusten sus planes de mejora, generando acciones que impacten el proceso, , avance 0%.</p> <p><u>Evidencia:</u> No se evidencian Soportes,</p> <p><i>Generar una mayor sensibilización en la gestión del riesgo a los colaboradores del hospital, avance 0%</i></p> <p><u>Evidencia:</u> No se evidencian Soportes</p>		

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



	FORMATO: INFORME...
CODIGO DEL DOCUMENTO:	

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>entarse y socializar el procedimiento de gestión del riesgo, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>documentos periódicos y sistemáticos de la plataforma técnica, políticas y programas, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>desarrollar e implementar el Programa de seguridad del personal institucionalmente, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>desarrollar la Plataforma Estratégica todo el personal del Hospital, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p>			

GESTIÓN DE LA INFORMACION

<p>desarrollar herramienta Orfeo para la recepción de la información externa, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>desarrollar para supervisión de los sistemas y procesos de la institución, acción abierta cumplimiento 60%.</p> <p>desarrollar citas web en las 3 unidades funcionales, acción abierta cumplimiento 75%.</p> <p>desarrollar con la implementación de Plan de gerencia de información, acción abierta cumplimiento 87%.</p> <p>desarrollar segunda fase de ORFEO, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>desarrollar la implementación de Herramientas funcionales a través de la página WEB., acción cerrada, cumplimiento 75%.</p> <p>desarrollar Call -center de Girardot,</p>	<p>Documentar, socializar, implementar y medir herramientas comunicacionales a través de la página WEB, avance 50%</p> <p>Evidencia: Se revisaron las listas de chequeo que contiene la última actualización del documento; al verificar las listas y su actualización se encuentran en la lista que items modificados en la presente vigencia hay 33 de un total de 153, para un 21.56%</p> <p>Desplegar implementar y medir el Plan de comunicaciones, avance 33%.</p> <p>Evidencia: La acción de mejora tiene actividades a.) Programa de comunicación y manual de identidad corporativa documentada junto con el cronograma; b.) Socializar mediante inducción y reintroducción NO HAY EVIDENCIAS; c.) Seguimiento</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus cuarenta y ocho (48) acciones de mejora es del 82%</p> <p>Documentalmente No hay de indicadores de cumplimiento en la vigencia 2015.</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora</p> <p>El Plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2015 tiene ocho acciones de mejora con 20 actividades específicas de mejoramiento.</p> <p>Se observa que la acción de mejoramiento, 'implementación segunda fase de ORFEO, la vigencia 2015 se cumplió'</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>acción permanente de la página web para información relacionada con los planes, programas y procesos del HUS, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>acción permanente de la página WEB en el link "Intención al Usuario", acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar, implementar, medir y mejorar el Programa de Acciones, acción abierta cumplimiento 70%.</p> <p>Realizar un análisis del comportamiento de los indicadores relacionados al sistema de información, Software, y a implementar un Modelo de Tablero Unificado de Indicadores en un Excel asociado a los Procesos Obligatorios Estratégicos; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p>	<p>del plan de comunicaciones - NO HAY EVIDENCIAS.</p> <p>Desplegar e implementar procedimiento de comunicación en crisis, avance 0%.</p> <p>Evidencia: con las siguientes acciones específicas a.) ajustar y documentar procedimiento de comunicación en crisis- PROCEDIMIENTO APROBADO EN DICIEMBRE DE 2015; b.) Socializar los procedimientos de comunicación a los responsables definidos en el procedimiento; NO HAY EVIDENCIAS;</p> <p><i>Implementar segunda fase de ORFEO, avance 75%.</i></p> <p>Definir e implementar un modelo de tablero unificado de Control de indicadores, avance 50%</p> <p>Evidencia: Contiene las siguientes acciones específicas: a.) realizar la consolidación de los indicadores para cada uno de los procesos; b.) Desarrollo de la herramienta; c.) implementar la herramienta; d.) colocar en producción.</p> <p>Implementar un mecanismo eficiente para la verificación de los Backups que se generan automáticamente, avance 100%</p> <p>Evidencia: a.) Documentar procedimiento aprobado en abril de 2016 identificado con código 02GIS10-V1; b.) Implementar el procedimiento – se envían los backups a la Dirección administrativa; c.) Seguimiento al procedimiento- se adjunta acta de</p>	<p>Soportado el Plan de mejoramiento del proceso de Gestión de la información 2016 avance del 44.8%.</p>	<p>en el 100%, sin embargo registra nuevamente en Plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2016.</p> <p>En el POA se encuentra acción de mejora como medio de producto, realizado seguimiento del PC Transitorio I Semestre 2016 registro un avance del 0%</p> <p>Al revisar las evidencias documentales, soporte de acciones de mejora, subdirector comenta que procedimiento mantenimientos preventivos se elaboró y envió a la oficina asesora de planeación para su aprobación.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>seguimiento a la backups entregados. Aunque se realiza la actividad no se tiene documentado el procedimiento de mantenimientos preventivos realizados, avance 0% Evidencia: acciones específicas: a.) documentar el procedimiento; b.) documentar el formato – pese a que mediante correo electrónico se envió el procedimiento y formato a trabajador en misión de la oficina de planeación y garantía de la calidad, en el mes de mayo y julio 1, no se ha aprobado y publicado con corte a junio de2016.</p> <p>No se tiene actualizado el mapa de riesgos a 2016, avance 50%. Evidencia: a.) diligenciar el formato; b.) enviar para aprobación del mapa de riesgos; mediante correo electrónico se envió el formato y el Mapa de riesgos a trabajador en misión de la oficina de planeación y garantía de la calidad, en el mes de junio de 2016, con corte a junio de2016 no se ha aprobado y publicado En la Intranet se encuentra publicado en junio de 2016 el mapa de riesgos sin firma de aprobación.</p>		

GESTIÓN JURIDICA

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ar a la Contraloría solicitando concepto de si o la obligación para el Hospital de reportar ntratos de venta de servicios de salud dos por el hospital con las entidades ables de pago. 2) Si existe la obligación o, reportar oportunamente la información a para los entes de control de los contratos dos por la entidad en la venta de servicios de 3) Establecer procedimiento que establezca amientos normativos y procedimentales sobre rte de la información. 4) Capacitar a los ados del reporte de la cuenta línea ación. 5) Verificación del cargue de la ación en el SIA, acción abierta, miento 80%</p> <p>ivo de todos los expedientes contractuales ando con las tablas de retención, verificando que se tengan los soportes de las diferentes y que no reposen allí documentos que no son le los mismos. 2) Verificar cada dos meses documentación en cada carpeta contractual los soportes de las diferentes etapas ituales y que no reposen allí documentos que n parte de los mismos. 3) Realizar las rencias del archivo de gestión al archivo de la entidad como lo indican las tablas de ón documental, acción abierta, miento 80%</p> <p>pacitar a las áreas que generan las</p>	<p>No se evidencia Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus treinta y dos (32) acciones de mejora es del 79%</p> <p>Sin evidencia, avance 0%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no se evidencian documentalmente soportes de las acciones de mejora.</p> <p>No se evidencia ningun soporte documental en el Plan de mejoramiento de vigencia 2016.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ades de los contratos sobre las obligaciones corresponden, así como sobre el Estatuto actual y el Manual de Contratación de la E. S. Hospital Universitario de la Samaritana. 2) cer un procedimiento que contenga entos claros y requisitos que deben cumplir udios de necesidades para la solicitud de de bienes o servicios en los que se defina ante cómo se identificó y cuantificó la lad. 3) Unificar los formatos de estudios de lades para que cumplan con los aspectos s que deben contener a través de una z institucional. 4) Realizar dos mediciones de rencia a la directriz expedida de la unificación mato de estudio de necesidades, acción , cumplimiento 100% lizar una capacitación a los supervisores de ntratos sobre las obligaciones que les onden, así como sobre el Estatuto :tutal y el Manual de Contratación de la E. S. pital Universitario de la Samaritana. 2) una directriz institucional que unifique los s de supervisión para que cumplan con los s mínimos que deben contener para hacer imiento adecuado a la ejecución contractual. lizar dos mediciones de la adherencia a la z expedida de la unificación de los informes arvisión, acción abierta, cumplimiento 100% orar la liquidación contractual por parte de la</p>			

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>jurídica, una vez remitido el informe y t de liquidación por parte del supervisor. 2) onar que dentro de los contratos de ción de bienes y servicios de tracto sucesivo no pago se realice contra el acta de ción, acción abierta, cumplimiento 100%. lizar el análisis del caso en el Comité de cción y Defensa Judicial de la E. S. E. el Universitario de la Samaritana. 2) En caso el Comité de Conciliación y Defensa Judicial que debe iniciarse, realizar todas las ones judiciales pertinentes dentro de la de repetición, acción abierta, cumplimiento lizar el análisis del caso en el Comité de cción y Defensa Judicial de la E. S. E. al Universitario de la Samaritana. 2) En caso el Comité de Conciliación y Defensa Judicial que debe iniciarse, realizar todas las ones judiciales pertinentes dentro de la de repetición, acción abierta, cumplimiento lizar seguimiento al proceso que se adelante gado 2) Administrativo de Descongestión de mediante el cual se pretende la restitución mueble que en este momento se encuentra administrado por la sociedad Parqueaderos Lta. 2) Realizar seguimiento al proceso o que se adelanta ante la Alcaldía Local de</p>			

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>establecimiento, acción abierta, cumplimiento 100%. particular precisando las directrices para la esta oportuna a los derechos de petición por de las Direcciones, Subdirecciones, oficinas as y unidades funcionales, así como la entación necesaria para que la Oficina Jurídica de respuesta a las acciones de acción abierta, cumplimiento 100%. ar capacitaciones al personal médico icial del Hospital y de las unidades nales sobre la responsabilidad ontractual del Estado por indebido ciamiento de la documentación expedida de la prestación del servicio médico, acción a, cumplimiento 0%. os de petición a los organismos de control en e cursen investigaciones contra la entidad, abierta, cumplimiento 0%. icial los procesos prejudiciales ante la aduría como tramite previo a los procesos les. 2) Iniciar los procesos judiciales de d y restablecimiento del derecho para que se e la nulidad de los actos administrativos que aron el reconocimiento y pago de la prima a a favor de algunos empleados del Hospital sitario la Samaritana, acción abierta, cumplimiento 80%.</p>			

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



	FORMATO: INFORME...
CODIGO DEL DOCUMENTO:	

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Realizar el procedimiento de cobro jurídico de multas en el sistema general de seguridad social y con participación de la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección Financiera, entre los que se encuentran conciliación de glosas, pago de multas de salud, etc., acción abierta, cumplimiento 50%.</p> <p>Realizar oficio al proceso de gestión de la planeación con el fin de que se coloque en un lugar visible en la página web de la entidad, el buzón de comunicaciones judiciales. 2) Documentar en el procedimiento de gestión documental, la priorización de los documentos relacionados con los procesos constitucionales, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p>			
ESTERILIZACIÓN			
<p>Realizar procedimiento de supervisión de personal en planta y documentar lista de chequeo; acción abierta, cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar a Equipo médico la compra de las nuevas herramientas para los autoclaves; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar las reuniones pertinentes con el Director Administrativo, Profesional de Costos, Profesional de Mantenimiento, líder de almacén general para definir acciones viables de entrega y control de insumos críticos viables en la Institución; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar al Área de Ingeniería Biomédica la elaboración</p>	<p><i>Presentar un proyecto a la Gerencia para que se realice la remodelación de la central de esterilización de forma que se cuente con barreras sólidas que separen físicamente las áreas de la central de Esterilización y controlen el flujo de personas de áreas limpias a áreas sucias, además de incluir un cambio en la tecnología por equipos modernos que contribuyan al ahorro de energía y agua y la instalación de Termodesinfectadoras para realizar un proceso de lavado que permita realizar la monitorización del proceso, que sea seguro para los dispositivos, los pacientes y los funcionarios de esterilización, avance 0%.</i></p> <p>Nota: Acción de mejora que corresponde a la vigencia</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus cincuenta y dos (52) acciones de mejora es del 98%</p> <p>Cumplimiento del Plan de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documental los soportes de las acciones de mejora.</p> <p>El Plan de mejoramiento para la vigencia 2016 siete acciones de mejoramiento con ocho (8) actividades específicas de mejoramiento seis (6) de las acciones de mejoramiento son las mismas</p>

**AGENCIA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>procedimiento de para la socialización del manejo y actualización de las tecnologías existentes en el servicio; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Referente de infecciones hospitalarias la elaboración de la guía institucional para el personal asistencial y a los visitantes en relación con la prevención de las infecciones en el cuidado de la salud; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>arquitectura y mantenimiento la actualización de un punto de aire comprimido para el secado de los dispositivos que se van a utilizar con peróxido de hidrógeno; acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Gerencia para que se realice la actualización de la central de esterilización de forma permanente con barreras sólidas que separen las áreas de la central de Esterilización y áreas de personas de áreas limpias a áreas limpias; acción abierta, cumplimiento 100%.</p> <p>de compra de los estantes de la central de esterilización con la documentación completa para su adquisición; acción abierta, cumplimiento 100%.</p> <p>reunión del comité de reuso con la documentación enviada de parte del INVIMA y el Ministerio de Salud para definir la pertinencia de continuar esta acción; acción abierta, cumplimiento 100%.</p>	<p>de 2015</p> <p>Elaborar la solicitud de compra de los estantes de la central de esterilización con la documentación completa para que se de tramite a su adquisición en el área correspondiente, avance 0%..</p> <p>Nota: Acción de mejora que corresponde a la vigencia de 2015</p> <p>Realizar la reunión del comité de reuso con la información enviada de parte del INVIMA y el Ministerio de Salud para definir la pertinencia de continuar esta práctica a Nivel institucional, avance 100%.</p> <p>Evidencia: Con resolución No. 247 de junio de 2016 se derrogo la resolución No. 523 de noviembre de 2005</p> <p>Solicitar las Estibas, avance 0%.</p> <p>Nota: Acción de mejora que corresponde a la vigencia de 2015</p> <p>Validar el procedimiento de ingreso y considerar la posibilidad de instalación de un lavamanos lo cual está planteado en el proyecto de remodelación de la central de esterilización, avance 30%.</p> <p>Evidencia: Se ha realizado parcialmente (Cierres de la puerta, adquisición del montacargas) dado que se viene realizando el reforzamiento estructural de los edificios de la E.S.E.</p> <p>Seguimiento de los diferentes registros de la central de</p>	<p>mejora de 2015 es del 98% en sus 34 acciones de mejora y 52 actividades específicas.</p> <p>Avance del plan de mejoramiento de la vigencia 2016 es de 25.7%.</p>	<p>del año anterior, cinco de los cuales tienen cumplimiento del 100% y una (Validar procedimiento de ingreso) considerando la posibilidad de instalación de un lavamanos lo cual está planteado en el proyecto de remodelación de la central de esterilización con el cumplimiento del 20%. Algunas de las acciones de mejoramiento (Realizar reunión del comité de reuso con la información enviada de parte del INVIMA y el Ministerio de Salud para definir la pertinencia de continuar esta práctica a Nivel institucional) corresponden a una función obligatoria, en este caso de un de un com institucional..</p> <p>En el Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 se evidencian soportes documentales para la verificación.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Los Protocolos que involucran todos los procesos que se realizan en la central de esterilización, en ordenada y secuencial, acorde con los procesos y la caracterización establecida, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar el contenido del cilindro y la fecha de Apertura, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar al líder del COVE, socialización, seguimiento e implementación personal de las normas y condiciones de seguridad, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar Cronograma de Capacitación anteriores, acciones de Socialización, Generar e implementar acciones de chequeo y evaluación al personal, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar el Hallazgo a la Líder del proceso y solicitar el cumplimiento en tiempo y personal para mejorar las condiciones del área, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar, socializar y medir adherencia de la implementación de manual de buenas prácticas de esterilización y almacenamiento, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar las Estibas, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar y centrar la información que sea necesaria en la central de esterilización, solicitar la limpieza del área, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar el procedimiento de ingreso y considerar la</p>	<p><i>esterilización y seguimiento al directamente responsable, avance 0%.</i></p> <p>Evidencia: <u>No hay soporte documental.</u></p> <p>Seguimiento a el proceso de selección de ropa quirúrgica y compresas y mantenimiento de stock mínimo de paquetes y seguimiento y capacitación a los funcionarios de esterilización que clasifican y empaquetan el instrumental Quirúrgico, avance 50%.</p> <p>Evidencia: <u>Mediante acta de junio de 2016 se realiza el seguimiento al proceso de selección y determina acciones de mejoramiento.</u></p>	<p>Tres acciones de mejora socializadas y acciones ya realizadas en vigencia 2015.</p>	

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



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

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>idad de instalación de un lavamanos lo cual anteedo en el proyecto de remodelación de la de esterilización, acción abierta, miento 20%.</p> <p>car el procedimiento sobre uso de ctantes, adquirir un instrumento que permita ecta identificación de los envases, acción a, cumplimiento 100%.</p> <p>zar y socializar el manual de buenas practicas erilización, protocolo de almacenamiento y ción y organizar el área de lavado en ones de Almacenamiento y segregación, cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>la compra de un instrumento de medida e a la jeringa, acción cerrada, cumplimiento</p> <p>en el manual de buenas prácticas de acción, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>car el protocolo manejo y re envase de los de aseó, limpieza y desinfección en área larias para personal de enfermería, acción a, cumplimiento 100%.</p> <p>zar el Manual de BUENAS PRACTICAS, cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>zar el Manual de oxido de etileno existente, cerrada, cumplimiento 100%.</p> <p>ta con ingeniería Biomédica y Farmacia pertinencia de acuerdo a la ficha técnica que las indicaciones del proveedor, acción</p>			

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>1, cumplimiento 100%. entrar como se limpian los Guantes de a, acción cerrada, cumplimiento 100%. entrar la actividad, acción cerrada, miento 100%. r el montacargas y mantenerlo en ones de uso adecuado, acción cerrada, miento 100%. el ciclo en cuanto a Capacitación con ción y adherencias, acción cerrada, miento 100%. ir el estudio de Factibilidad para el desuso de aderas de tela, acción cerrada, miento 100%. nte del proceso de Reuso de Dispositivos s, y lo permitido estar soportado con ficha y trazabilidad, acción cerrada, miento 100%. entrar e implementar protocolo de esamiento de material proveniente de dores externos acción cerrada, miento 100%. niento de los diferentes registros de la central fertilización y seguimiento al directamente sable, acción cerrada, cumplimiento 100%.</p>			

GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

<p>ollar la matriz de identificación de dades e implementaria, acción cerrada</p>	<p>Realizar la contratación del mantenimiento preventivo y correctivo de los timbres de llamado, avance 0%.</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan</p>	<p>Para la vigencia 2015 no se evidencian documentalment</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>imiento 100% r La Contratación Del Mantenimiento rivo y Correctivo De Los Timbres De o, acción abierta cumplimiento 100% r el mantenimiento de pisos, paredes y deteriorados de todas las áreas de lización después de terminación de las obras rramiento estructural etapa 1 y etapa dos, ondientes a las habitaciones de lización, acción abierta cumplimiento 50%. r el mantenimiento de ventanas deterioradas as las áreas de hospitalización después de ición de las obras de reforzamiento ural etapa 1 y etapa dos, correspondientes a itaciones de hospitalización, acción abierta miento 50%. r el mantenimiento de guarda camillas y de paredes y pisos deterioradas de todas las obras de consulta externa después de terminación os, acción cerrada cumplimiento 100% izar que los proyectos de inversión (obra n con (AIU) Administración, imprevistos,), acción cerrada cumplimiento 100%. anualmente las actividades que surjan del imiento correctivo que no se hubiesen plado inicialmente en el preventivo, acción i cumplimiento 50%. r el cuarto de lavaplatos sacrificando el área</p>	<p>Ejecutar el mantenimiento de pisos, paredes y techos deteriorados de todas las áreas de hospitalización después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos, correspondientes a las habitaciones de hospitalización, avance 50%.</p> <p>Ejecutar el mantenimiento de ventanas deterioradas de todas las áreas de hospitalización después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos, correspondientes a las habitaciones de hospitalización, avance 50%.</p> <p>Ejecutar el mantenimiento de guardacamillas y bordes de paredes y pisos deterioradas de todas las áreas de consulta externa después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos, avance 0%.</p> <p>Definir una metodología que permita analizar las necesidades de infraestructura generadas por los procesos del hospital, avance 0%.</p> <p>Crear la mesa de ayuda a través de una interface en la intranet para reportar las necesidades de los servicios, avance 100%.</p>	<p>único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus diez (10) acciones de mejora es del 79%.</p> <p>Avance de las acciones del Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 es de 33.3%</p>	<p>soportes de las acciones de mejora.</p> <p>El Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 registra seis (6) acciones de mejoramiento con trece (13) actividades específicas de mejoramiento.</p> <p>De las acciones de mejoramiento de la vigencia 2016 se observa que cuatro (4) de ellas son las mismas de la vigencia 2015, dos (2) las cuales (Realizar Contratación Mantenimiento Preventivo Correctivo De Los Timbres Llamado y ejecutar mantenimiento de guardacamillas y bordes de pared y pisos deterioradas de todas las áreas de consulta externa después de terminación de las obras de reforzamiento estructural etapa 1 y etapa dos) están cumplidas 100%. Las otras dos (2) encuentran cumplidas en</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



	FORMATO: INFORME...
CODIGO DEL DOCUMENTO:	

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>descripciones médicas para implementar la sanitaria requerida/ ver plantas anexas), relación total de todas las unidades sanitarias s del sótano para implementar las dos es sanitarias tipo B, cuando la persona que silla de ruedas requiere asistencia de un o un funcionario.</p> <p>uede construir rampa normativa, se debe ir el protocolo para asistir al paciente en silla as para acceder al consultorio.</p> <p>el mantenimiento de carpintería en madera en rogramación anual; programar y ejecutar el imiento de carpintería de madera de consulta a para el año en curso.</p> <p>mar y ejecutar el mantenimiento de tructura física del consultorio de otorrino para en curso.</p> <p>onultorio después de las obras de miento estructural.</p> <p>imiento correctivo se realizara en transcurso emana.</p> <p>el mantenimiento de infraestructura física de la externa en cada programación anual; mar y ejecutar el mantenimiento de cielo raso medad para el año en curso.</p> <p>ramar y ejecutar el mantenimiento de ería en madera del laboratorio clínico para el curso, acción repetida.</p>			50%.

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>programar y ejecutar el mantenimiento de la sala de radiología en madera del laboratorio PATOLOGIA en el año en curso. reparar las instalaciones hidráulicas y sanitarias de los lavabos. programar y ejecutar el mantenimiento adicional de la sala de radiología en madera del servicio de imágenes diagnósticas para el año en curso; implementar el programa de concientización de los usuarios en el entorno físico. programar y ejecutar el mantenimiento adicional de la sala de radiología en madera del servicio de imágenes diagnósticas para el año en curso; coordinar con hotelaría los cambios de mobiliario y accesorios que puedan afectar a la estructura física. reparar la sala de fluoroscopia para el cumplimiento del servicio de Radiología Intervencionista. programar y ejecutar el mantenimiento adicional de la sala de radiología en madera del servicio de imágenes diagnósticas para el año en curso; implementar el programa de concientización de los usuarios en el entorno físico, Acción repetida... programar y ejecutar el mantenimiento del área e instalación de la sala de radiología en madera del servicio de Radiología Intervencionista. programar y ejecutar el mantenimiento de carpintería en madera en el programa anual; programar y ejecutar el mantenimiento de carpintería de madera de unidad para el año en curso. programar y ejecutar el mantenimiento de todas las áreas del Hospital de</p>			

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
FACTURACIÓN Y RECAUDO			
<p>al nuevo portafolio de servicios establecido ordenamiento Físico Funcional definido.</p> <p>ción Plan de Mercadeo, aprobación y ejecución actividades del mismo; acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>ción del portafolio de servicios y venta de EPS; acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>ción verificar contra los documentos físicos la información antes de reportar a la SIA; acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>ción en la organización de las carpetas de los contratos contra tabla de retención documental; acción cumplimiento 100%.</p> <p>ción los contratos que están prestos para liquidación por la respectiva liquidación; acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>ción de los ingresos abiertos; acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>ción indicadores de oportunidad en servicios; acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>ción anulación factura; acción abierta cumplimiento</p>	<p>Se debe verificar contra los documentos físicos la información antes de reportar a la SIA, avance 100% (publicado en el proceso).</p> <p>Control en la organización de las carpetas de los contratos contra tabla de retención documental, avance 100% (publicado en el proceso).</p> <p>Revisar los contratos que tengan establecida cláusula de liquidación y que ya se encuentren ejecutados y terminados para realizar la solicitud de liquidación avance 100%. (publicado en el proceso).</p> <p>Control indicadores de oportunidad en servicios específicos, avance 0%. (publicado en el proceso).</p> <p>Ajuste de los procedimientos administrativos y asistenciales involucrados en la respuesta de glosas y Capacitaciones al personal involucrado, avance 75% (publicado en el proceso).</p> <p>Aumento del recurso humano capacitado y ajuste del</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus cuarenta y cinco (45) acciones de mejora es del 97%</p> <p>El Plan de mejoramiento por proceso de Facturación y cartera presenta dos versiones:</p> <p>1. Plan de mejoramiento por proceso institucional registra 17 acciones de mejoramiento con veinte (20) actividades específicas de mejoramiento tres (3) acciones son las mismas de la vigencia 2015 se cumplieron en 100%.</p> <p>2. El Plan de Mejoramiento por proceso publicado en la Intranet – facturación y recaudo registra</p>	<p>Para la vigencia 2015 no se evidencian documentalmente soportes de las acciones de mejora.</p> <p>El Plan de mejoramiento por proceso de Facturación y cartera presenta dos versiones:</p> <p>1. Plan de mejoramiento por proceso institucional registra 17 acciones de mejoramiento con veinte (20) actividades específicas de mejoramiento tres (3) acciones son las mismas de la vigencia 2015 se cumplieron en 100%.</p> <p>2. El Plan de Mejoramiento por proceso publicado en la</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Personales involucrados en la respuesta de glosas y acciones al personal involucrado; acción abierta cumplimiento 75%. Uso del recurso humano capacitado y ajuste del cumplimiento de objeciones; acción abierta cumplimiento 100%. Seguimiento al grupo de registro en atención de la glosa; acción cerrada cumplimiento 100%. Seguimiento del proceso de cartera; acción abierta cumplimiento 100%. Seguimiento con los porcentajes de radicación, acción cerrada cumplimiento 100%. Seguimiento a los contratos que tienen cláusula de atención de ejecuciones, acción cerrada cumplimiento 100%. Seguimiento del personal para disminuir el cargue de glosas y erróneo de las objeciones interpuestas por los clientes, acción cerrada cumplimiento 100%. Seguimiento e indicaciones a los funcionarios responsables de las UF de los soportes necesarios para emitir a las glosas, acción cerrada cumplimiento 100%. Seguimiento de la normatividad vigente en el tema de glosas no incluidos en el plan obligatorio de salud, acción abierta cumplimiento 100%. Seguimiento de personal médico para el área para el</p>	<p>procedimiento de objeciones, avance 100% (publicado en el proceso). Mejoramiento del proceso de cartera, (En el plan de mejoramiento por proceso se registra tres veces la misma acción de mejoramiento con diferentes actividades,) avance 0% Seguimiento a los contratos que tienen cláusula de presentación de informe de ejecuciones, avance 0% Informe de gestión, seguimiento y capacitación del personal para disminuir el ingreso incompleto e inoportuno de las objeciones interpuestas por los clientes, avance 0%. Creación de la subcuenta contable de ratificación para identificar en el sistema las cuentas reiteradas, avance 0% Socialización de los motivos de glosa y retroalimentación a los servicios involucrados, avance 0% Seguimiento a los tiempos de contestación de glosa, avance 0% Seguimiento a las aceptaciones realizadas que se les deba realizar cambio de línea de pago, avance 0%</p>	<p>un avance de 27.9%.</p>	<p>intranet, macroproceso de facturación y cartera registrada dieciocho (18) acciones de mejoramiento, (una de ellas se repite tres veces con diferentes actividades) de las cuales siete (7) son homogéneas o iguales a la versión 1., las demás son diferentes.</p>

El indicador con las diecisiete acciones de mejora que contienen indicador en la publicación de facturación y cartera

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



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

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>an las conciliaciones a realizar, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>n de la subcuenta contable de ratificación para ar en el sistema las cuentas reiteradas, acción cumplimiento 100%.</p> <p>cción de los errores encontrados en el ingreso ente, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>r capacitaciones al personal del area de iones sobre la solicitud de autorizaciones y ación de las glosas generadas por las ERP, cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>cción al personal sobre el trámite adecuado de iones, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>cción acerca de la líneas de pago y las acciones prestación oportuna del servicio por parte del t autorizaciones, acción cerrada cumplimiento</p> <p>cción de los hallazgos encontrados en las as internas en el área de cuentas médicas, cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>cción de los hallazgos encontrados en las as internas en el area de cuentas médicas, cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>de contratación de personal para gestionar el en la entrega oportuna de facturación, acción cumplimiento 50%.</p> <p>cción de la cantidad de anulaciones por ario y las implicaciones que están tienen,.... abierta cumplimiento 100%.</p>	<p>Socialización de los errores encontrados en el ingreso de paciente, avance 0%</p> <p>Socialización de los hallazgos encontrados en las auditorías internas en el área de cuentas médicas, avance 0%.</p> <p>Establecer fechas de entrega de facturas al área de radicación, avance 0%</p>		

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Realizar acciones a las cuentas radicadas en las ERP, acción con un cumplimiento 100%.</p> <p>Generar una metodología de enseñanza para las capacitaciones en el uso de la tecnología biomédica, avance 0%.</p> <p>Evidencia: Manual Integral de la gestión de la Tecnología aprobado en diciembre de 2015, META CUMPLIDA en el 2015.</p> <p>Actualización de procedimiento de Calibración externa que incluya la entrega y socialización del cronograma de Calibración, avance 0%.</p> <p>Evidencia: Procedimiento aprobado en Diciembre de 2015, META CUMPLIDA en el 2015.</p> <p>Realizar la socialización a los líderes asistenciales; avance 0%.</p> <p>Evidencia: META CUMPLIDA AL 75% en el 2015. No se registra avance soportado en el 2016</p> <p>Alineación con la Subdirección de personal para este tipo de capacitaciones avance 0%.</p> <p>Realizar actividades Indicadas por la asesoría del proceso de acreditación referente de los estándares de Gestión de la Tecnología, Avance 0%.</p> <p>Evidencia: El documento no se encuentra aprobado</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmer soportes de las acciones mejora.</p> <p>El promedio de acción mejora en la vigencia 2015 por Hallazgo es de 1.8</p> <p>En el Plan Operativo Anual POA 2016 se registra la meta de producto: Ejecución de plan de reposición tecnología biomédica sobre priorizado cuyas metas proyectada a Diciembre 2016 es del 100% y estrategias y actividades desarrollar son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar de Matriz Priorización para el año 2016 2. Adquirir (Compra, arriendo o comodato) como mínimo 90% de los equipos 		

GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Realizado por recurso propio o externo; acción cumplimiento 75%. Actualizar el manual integral de gestión tecnológica que incluye las todas las tecnologías que se utilizan en el Hospital. I. Se realizó la Actualización en diciembre de 2015 de la documentación de gestión tecnológica de la acción abierta cumplimiento 66%. II. Se realizó la actualización de la documentación de gestión tecnológica con los colaboradores del proceso de gestión tecnológica la importancia del correcto mantenimiento de los formatos, acción abierta cumplimiento 100%.</p>	<p>por la Subdirección de arquitectura y mantenimiento. Verificar cumplimiento de Cronogramas de Mantenimiento Preventivo con Recurso Propio y externo, Socializar Cronograma de Mantenimiento preventivo y externo y Crear Cronograma de Mantenimiento Preventivo por Equipo y Por servicio donde se discrimine si es realizado por recurso propio o externo, Avance 0%. Evidencia: Hay soporte de correo electrónico, comunicando el cronograma de mantenimiento 2016 y socialización del cronograma de mantenimiento preventivo realizado en febrero de 2016 a 30 personas. Actualizar el manual integral de gestión tecnológica que incluya las todas las tecnologías que se utilizan en el Hospital. Avance 50%. Instalación de guías rápidas de seguridad de los equipos. Avance 50%. Se realizara actualización del programa de Tecnología y Vigilancia en donde se describirán las funciones del líder de Tecnovigilancia y el referente de dispositivos médicos y el referente de Equipos Médicos, una vez sea aprobado se publicara y se socializara este cambio, Avance 0%. Crear indicador de parada de equipos de parada de equipos inicialmente de radiología ya que son los equipos que más afectan la prestación de servicios que más tardan y cuestan su parada, Avance 0%.</p>	<p>de del Plan único de mejora por proceso que contiene de la vigencia de 2016 es del 11.9%.</p>	<p>Priorizados. A la fecha presente informe no reconoce indicador de avance y/o cumplimiento. En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la Intranet registran 13 acciones de mejora y en el plan Único de mejora de la vigencia 2016 entregado por el líder proceso para realizar seguimiento se registran acciones de mejora., una ellas. (la numero 13) contiene acción de mejora. En el seguimiento realizado se evidencia que las metas cumplidas al 100% en vigencia 2015 siguen formando parte de acciones de mejora para vigencia 2016.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>Se publicaran en la intranet todos los cronogramas de Mantenimiento preventivo de los Equipos Biomédicos y se reforzara la socialización de los cronogramas de mantenimiento preventivo en cada uno de los Servicios Asistenciales, avance 33.3%.</p> <p>Se debe revisar el procedimiento de adopción de Guías de práctica clínica, con el fin de que inmerso revisión por parte del proceso de Tecnología Biomédica. Evidencia: el procedimiento de adopción de guías de práctica clínica se actualizo en abril de 2016, sin embargo NO contiene inmerso la revisión por parte del proceso de Tecnología, avance 0%.</p> <p>1. Socializar el Procedimiento de Tecnologías en Transito Rápido con el proceso de Farmacia 2. Solicitar formalmente al supervisor del contrato que se le debe solicitar al proveedor dueño de la tecnología en Transito Rápido, que debe hacer un ingreso adecuado de la Tecnología. 3. Hacer el Ingreso Formal de la Tecnología en Transito Rápido, avance 0%. Evidencia: Hay procedimiento V1 de Tecnologías de Transito rápido aprobado en Diciembre de 2015.</p> <p>El plan de mejoramiento publicado en la Intranet, Capacitar a los líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo, avance 33.3%</p> <p>Evidencia: Hay soportes de un matriz de riesgo sin fecha ni firmas, de elaboración y aprobación,</p>		

**FIGINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>documentar e implementar el procedimiento de funcionamiento del servicio de alimentos (02hu01); documento actualizado de fecha diciembre de 2015, 02HH03-V1, acción abierta, cumplimiento 66% implementar el manual de supervisión e inventoría en coordinación de hotelería; acción abierta, cumplimiento 100% implementar procedimientos de vigilancia; abierta, cumplimiento 100% documentar e implementar dos procedimientos hotelaria que son de cara al usuario y distribución de alimentos); acción cerrada, cumplimiento 100% ar las campañas de sensibilización frente los ambientales (segregación en la fuente y ahorro y acción de agua y energía); acción cerrada, cumplimiento 100% ne estos contenidos educación relacionados con ambiental y se publican a través de la cartilla onal en el proceso de acreditación, acción abierta, cumplimiento 100% ir periódicamente los recipientes para residuosarios que no cumplan con requisitos de acción (central de esterilización Y Otros Servicios),</p>	<p>publicado el 13 de junio de 2016 y socializado a 5 personas en febrero de 2016, tiene el compromiso de que sea actualizado a junio de 2016</p>		

HOTELERIA HOSPITALARIA

<p>documentar e implementar el procedimiento de funcionamiento del servicio de alimentos (02hu01) a auxiliares de servicios generales del servicio de alimentación, avance 100%. Evidencia: el procedimiento 02HH03-V1 fue aprobado en el mes de diciembre de 2015, se encuentra soportado con socialización a 32 personas del servicio de alimentación, no se evidencia la implementación.</p>	<p>Ajustar, documentar e implementar el procedimiento de funcionamiento del servicio de alimentos (02hu01 a auxiliares de servicios generales del servicio de alimentación, avance 100%. Evidencia: el procedimiento 02HH03-V1 fue aprobado en el mes de diciembre de 2015, se encuentra soportado con socialización a 32 personas del servicio de alimentación, no se evidencia la implementación.</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus treinta y dos (32) acciones de mejora es del 97%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documental soportes de las acciones mejora. En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la Intran registran 12 acciones mejora.</p>
<p>2. Actualizar procedimientos de ingreso y egreso del hospital, Avance 66%. Evidencia: código del procedimiento 02HH05-V1 aprobado 09 de junio de 2015 y 02HH06-V1 de 29 de mayo de 2015, no se evidencia documentalmente el seguimiento de procedimiento de vigilancia, se adjunta socialización a 21 personas de vigilancia (total contrato 20 personas).</p>	<p>2. Actualizar procedimientos de ingreso y egreso del hospital, Avance 66%. Evidencia: código del procedimiento 02HH05-V1 aprobado 09 de junio de 2015 y 02HH06-V1 de 29 de mayo de 2015, no se evidencia documentalmente el seguimiento de procedimiento de vigilancia, se adjunta socialización a 21 personas de vigilancia (total contrato 20 personas).</p>	<p>Soportado el plan de mejoramiento por proceso 2016 registra un avance del 66.0%</p>	<p>Se evidencian soportes documentales de las acciones y actividades de mejoramiento para realizar el seguimiento.</p>
<p>3. Resocializar al 100% personal de aseo de los servicios de hospitalización y consulta externa en procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria, Avance 100% Evidencia: se realizó reforzamiento del procedimiento 02HH07-V2 a 57 personas de servicios generales.</p>	<p>3. Resocializar al 100% personal de aseo de los servicios de hospitalización y consulta externa en procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria, Avance 100% Evidencia: se realizó reforzamiento del procedimiento 02HH07-V2 a 57 personas de servicios generales.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>cerrada, cumplimiento 100% ar al 100% personal de oftalmología, acción y vacunación en correcta segregación en la acción cerrada, cumplimiento 100%. ar al 100% personal de aseo de sala de partos anejo de ropa sucia, acción cerrada, imiento 100%. ar al 100% personal de aseo de esterilización en miento de limpieza y desinfección hospitalaria, cerrada, cumplimiento 100%. documentar e implementaren el procedimiento olección, transporte y disposición final de s, donde se define el tiempo que debe ecer el contenedor de corto punzantes en el una vez sea instalado, acción cerrada, imiento 100%. ar el documento del plan integral de residuos laríos y similares, acción cerrada, cumplimiento</p>	<p>(Socializadas 571 total 86).</p> <p>4. Documentar, socializar e implementar el procedimiento de riesgo de fuga ó pérdida de pacientes en la institución, Avance el 50%. Evidencia: se documentó el procedimiento con código 02HH09-V1 aprobado el 16 de febrero de 2016.</p> <p>5. Documentar, socializar e implementar estrategias para sensibilizar al usuario en el cuidado del ambiente físico dentro de la institución, Avance 100%. Evidencia: Con soportes magnéticos y físicos se cumple la acción de esta acción de mejora.</p> <p>6. Resocializar al 100% personal de lavandería y enfermería procedimiento de recolección, lavado, desinfección, distribución y provisión de ropa hospitalaria, Avance 1% Evidencia: se soporta la resocialización a seis personas de lavandería, no hay resocialización a personal de enfermería, (socializados 7/ total a socializar 656).</p> <p>7. Resocializar al 100% personal de aseo de los servicios de hospitalización y consulta externa el procedimiento de limpieza y desinfección hospitalaria, Nota: lo mismo que la acción de mejora No. 3, se realizó reforzamiento del procedimiento 02HH07-V2 a 57 personas de servicios generales. (socializadas 57/</p>		

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>total 86).</p> <p>8. Centralizar la documentación de gestión ambiental a fin de disponer oportunamente de ella, Avance 0%. <u>Evidencia:</u> No hay soporte documental de esta acción de mejora.</p> <p>Resocializar al 100% del personal de farmacia correcta segregación de residuos y enfatizar en el correcto uso y ubicación de canecas del área, Avance 100% <u>Evidencia:</u> Se realizó resocialización de segregación de residuos a 21 personas de farmacia.</p> <p>10. socializar el resultado y acciones derivadas de listas de chequeo de limpieza y desinfección al COVE, Avance 0%. <u>Evidencia:</u> se soporta con el resultado de la aplicación de la lista de chequeo y comunicado mediante correo electrónico al COVE.</p> <p>11. Personal del lactario con carnet de manipulación de alimentos, avance 100%. <u>Evidencia:</u> se soporta con carnet de capacitación de manejo higiénico de alimentos a nueve (9) personas.</p> <p>12. Socializar a técnica en misión y coordinadores de empresas tercerizadas los formatos actualizados para que se usen, Avance 75%. <u>Evidencia:</u> soportado con socialización de códigos</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Documentar, implementar, medir el indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de compra, abierta, cumplimiento 33%.</p> <p>Documentar, elaborar, implementar el procedimiento de elaboración del plan anual de compras, acción , cumplimiento 40%</p> <p>Documentar, desplegar, implementar el instructivo para realizar los estudios previos, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>Documentar el proceso de gestión de bienes y servicios de acuerdo a la nueva caracterización, acción cumplimiento 40%</p> <p>Documentar, desplegar, implementar el procedimiento de necesidades de compra y el instructivo</p>	<p>actualizados de formatos a 3 personas coordinadores de LASU, Lavandería y Seguridad, La técnica en misión realizó la socialización.</p> <p>13. Identificar en los procesos riesgos y sus controles, Avance 100%. Evidencia: En la intranet se encuentra publicado con fecha 9 de junio de 2016 el mapa de riesgos Hotelaría Hospitalaria no contiene fecha ni firma de elaboración y aprobación.</p> <p>14. identificar en los procesos riesgos y sus controles. Nota: acción de mejora igual a la numero 13.</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus siete (7) acciones de mejora es del 59%</p> <p>El Plan de mejoramiento de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmente soportes de las acciones mejora.+</p> <p>El Plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2015 registra doce (12) acciones de mejoramiento de las cual cinco de ellas se registraron también en el 2016 y el avance porcentual registra</p>
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS			
<p>Documentar, implementar, medir el indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de compra, avance 33%</p> <p>Documentar, elaborar, implementar el procedimiento para la elaboración del plan anual de compras, avance 40%.</p> <p>Reingeniería del proceso de gestión de bienes y servicios de acuerdo a la nueva caracterización, avance 40%.</p> <p>Actualizar, socializar e implementar el procedimiento de evaluación de proveedores, avance 0%</p>	<p>Documentar, implementar, medir el indicador de oportunidad en la respuesta a solicitudes de compra., avance 33%</p> <p>Documentar, elaborar, implementar el procedimiento para la elaboración del plan anual de compras, avance 40%.</p> <p>Reingeniería del proceso de gestión de bienes y servicios de acuerdo a la nueva caracterización, avance 40%.</p> <p>Actualizar, socializar e implementar el procedimiento de evaluación de proveedores, avance 0%</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus siete (7) acciones de mejora es del 59%</p> <p>El Plan de mejoramiento de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmente soportes de las acciones mejora.+</p> <p>El Plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2015 registra doce (12) acciones de mejoramiento de las cual cinco de ellas se registraron también en el 2016 y el avance porcentual registra</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>diligenciamiento de estudios previos, acción , cumplimiento 100% ar, socializar e implementar el procedimiento de ón de proveedores, acción cerrada, nimiento 100% antar, desplegar, implementar procedimiento de ón de contratos donde se estipulen los tiempos as y un formato para hacer seguimiento a los de elaboración de contrato, acción abierta, nimiento 0%</p>	<p><i>Documentar, desplegar, implementar procedimiento de elaboración de contratos donde se estipulen los tiempos de firmas y un formato para hacer seguimiento a los tiempos de elaboración de contrato, avance 0%</i></p> <p>Actualizar el procedimiento de gestión y control del almacén, avance 0%</p> <p>Realización de los estudios previos y las convocatorias de acuerdo al procedimiento establecido en el hospital, avance 0%.</p> <p>Actualizar procedimiento de ejecución contractual, avance 0%.</p> <p>Documentar, desplegar, implementar y medir el plan de compras, avance 0%.</p> <p>Capacitación a líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo, avance 0%.</p> <p>Documentar, socializar y analizar los resultados del indicador de oportunidad, avance 0%.</p> <p>Identificar, documentar, definir tratamiento y generar acciones de mejora del producto o servicio no conforme del proceso, avance 0%</p>	<p>2016 registra un avance del 9.4%</p>	<p>es el mismo de la 2015.</p>

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>los Programas de Talento humano con los adidos, acción cerrada cumplimiento 100%. de las actividades que hacen RH: Bienestar. ción Inducción y reintroducción, SS, Nóminas desde ción y selección. Incorporación, Compensación. ón Retiro. SO y Cultura, acción cerrada miento 100%. ar, Desplegar, implementar los procedimientos nto Humano, acción abierta cumplimiento 80%. ar, desplegar, implementar y medir el programa cción, acción cerrada cumplimiento 100%. ar, desplegar, implementar y medir el programa star, acción cerrada cumplimiento 100%. entar, desplegar, implementar, medir y mejorar el na de Salud y seguridad en el trabajo, acción cumplimiento 100%. en el procedimiento de Inducción y Reinducción la n en puesto de trabajo que incluya como mínimo entes temas: terización de los procesos so a Intranet para consulta de documentación del proceso, acción cerrada cumplimiento ent y desplegar el plan de incentivos onal, acción cerrada cumplimiento 100%. de las hojas de vida revisadas del personal que en la Central de Esterilización, se evidenció que adjuntar algunos soportes como son copia de a y registro inscripción en Secretaría de Salud de</p>	<p><i>Actualizar, Desplegar, implementar los procedimientos de Talento Humano, avance 80%.</i> <i>Documentar, desplegar, implementar, medir y mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo, avance 90%.</i> Evidencia: 'Manual del sistema de gestión de la seguridad, la salud en el trabajo aprobado en octubre de 2015, Alinear la evaluación de desempeño del talento humano con los tercerizados y presentar los resultados de la implementación, avance Alinear la evaluación de desempeño del talento humano con los tercerizados y presentar los resultados de la implementación, avance 100%. Evidencia: Formato sin codificación ni aprobación, de colombiana de Temporales SAS Desarrollar un taller de comunicación asertiva para los despliegues de acreditación, avance 100%. Revisión del 100% de las hojas de vida para evidenciar que se encuentren completas referente a documentación y así mismo se realizará la foliación de las mismas, avance 6% Actualización de formatos de acuerdo con el procedimiento selección de talento humano 02TH03, avance 50%. Verificar el cumplimiento de los perfiles en las nuevas vinculaciones, avance 100%.</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus veintitrés (23) acciones de mejora es del 98% El Plan de mejoramiento de la vigencia 2016 contiene acciones de mejoramientos (2) de ellas han sido registradas en el Plan de mejoramiento de la vigencia 2015, las acciones Actualizar, Desplegar, Implementar procedimientos de Talento Humano y Documentar, desplegar, implementar, medir, mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo, y registra ningún avance respecto a la vigencia 2015.</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora. El Plan de Mejoramiento de Vigencia 2016 contiene acciones de mejoramientos (2) de ellas han sido registradas en el Plan de mejoramiento de la vigencia 2015, las acciones Actualizar, Desplegar, Implementar procedimientos de Talento Humano y Documentar, desplegar, implementar, medir, mejorar el programa de Salud y seguridad en el trabajo, y registra ningún avance respecto a la vigencia 2015.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Clientes personas: Alejandrina González, Luis Joya, Jaime Moreno, Maxselenda Quimbaya, Francisca Rodríguez, José Hever Velandia, Néstor</p> <p>acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar un formato de requerimientos del talento humano el cual debe contener el perfil y los requisitos para cumplir las actividades a desarrollar, abierto cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar los procedimientos de selección y vinculación humano y con la verificación de los requisitos humano de acuerdo al perfil entregado a los datos, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Realizar el programa de SGSST y gestión ambiental o en cuenta las modificaciones en la normatividad de a salud y seguridad en el trabajo y gestión tal, acción cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>Realizar auditoría a las novedades de nómina y a la pre nómina, avance 100%</p> <p>Socializar código de ética a funcionarios del Hospital, avance 50%</p> <p>Incorporar el documento de evaluación del desempeño de todos los períodos en cada expediente de historia laboral de los empleados públicos inscritos en carrera administrativa, avance 100%</p> <p>Aplicación de listas de chequeo para revisión de hojas de vida Perfiles y requisitos, avance 100%</p> <p>1. Definir en el procedimiento de selección y vinculación del talento humano incluyendo la verificación del cumplimiento de los requisitos definidos.</p> <p>2. Socializar e implementar el procedimiento de selección u vinculación con las partes interesadas.</p> <p>3. Verificar el cumplimiento de los requisitos de formación posterior a la vinculación frente a las necesidades definidas por el proceso a los diferentes tipos de contratación puntos de control, avance 40%.</p> <p>Evidencia: Socialización de los procedimientos 'Proceso de Planificación del Talento Humano' realizado en enero de 2016, 'pago de compensaciones a los colaboradores', 'proceso de selección del Talento Humano', 'voz del cliente interno' realizados en febrero de 2016, 'proceso de vinculación del talento humano'</p>		

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>realización de la Nómina 3 trimestre año 2015, cerrada cumplimiento 100% acción de las Conciliaciones Bancarias con corte mes de mayo 2013. En abril 2014 y posteriormente una vez lleguen los extractos y hasta final del mes siguiente, acción cerrada cumplimiento 100% acción, socialización e implementación del procedimiento de conciliaciones bancarias, acción cumplimiento 100% ar los riesgos asociados al procedimiento de fijos y actualizar los procedimientos, revisar los montos contables realizados por valoraciones, enterarlos y realizar los respectivos ajustes. Remitir correspondiente, acción abierta cumplimiento 100% la resolución de creación del comité de conciliación contable a través de la intranet. Entar y acopiar todas las actas del comité de conciliación en lo que corresponda a ajustes as, acción cerrada cumplimiento 100%</p>	<p>realizado en mayo de 2016; cada uno de ellos realizado a 8 personas de Talento Humano</p> <p>Solicitar a Gestión Documental capacitar a los responsables de la administración de las historias laborales y evaluar continuamente a este talento humano, avance 50%.</p>		

GESTIÓN FINANCIERA

<p>Publicación de la resolución de creación del comité de conciliación contable a través de la intranet. Documentar y acopiar todas las actas del comité de conciliación en lo que corresponda a ajustes contables, avance 40%</p> <p>Evidencia: Los actos administrativos no se encuentran publicados en la intranet, se soporta con las actas del Comité con soportes parciales.</p> <p>Nota: los actos administrativos corresponden a 2015.</p> <p>Realizar y registrar los avales técnicos en la contabilidad de conformidad con lo establecido por la Contaduría General De La Nación. Con corte a diciembre 31 de 2015 los avales se encuentran realizados y contabilizados, avance 0%.</p> <p>Evidencia: No hay evidencia del seguimiento en el 2016</p> <p>Nota: meta cumplida en el 2015.</p> <p>Hacer seguimiento a la realización de los inventarios</p>	<p>Publicar la resolución de creación del comité de conciliación contable a través de la intranet. Documentar y acopiar todas las actas del comité de conciliación en lo que corresponda a ajustes contables, avance 40%</p> <p>Evidencia: Los actos administrativos no se encuentran publicados en la intranet, se soporta con las actas del Comité con soportes parciales.</p> <p>Nota: los actos administrativos corresponden a 2015.</p> <p>Realizar y registrar los avales técnicos en la contabilidad de conformidad con lo establecido por la Contaduría General De La Nación. Con corte a diciembre 31 de 2015 los avales se encuentran realizados y contabilizados, avance 0%.</p> <p>Evidencia: No hay evidencia del seguimiento en el 2016</p> <p>Nota: meta cumplida en el 2015.</p> <p>Hacer seguimiento a la realización de los inventarios</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus veintitrés (23) acciones de mejora es del 87%</p> <p>El Plan de mejoramiento por proceso de 2016 registra una avance del 54.3%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documental soporte de las acciones de mejora.</p> <p>En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la intranet registran 16 acciones de mejora con 40 acciones de desarrollo.</p> <p>En el seguimiento realizado se evidencia cinco de las metas de la vigencia 2015 forman parte de las acciones del Plan de mejoramiento 2016 (tres de las acciones tienen metas ya cumplidas)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>r y registrar los avalúos técnicos en la unidad de conformidad con lo establecido por lauría General De La Nación, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>seguimiento a la realización de los inventarios de fijos de la Unidad Funcional de Zipaquirá, acción cumplimiento 100%</p> <p>seguimiento al área de cartera en lo que onde a partidas por identificar, acción abierta cumplimiento 50%</p> <p>atización del informe de costos por procesos, acción cumplimiento 33%.</p> <p>ar la ejecución presupuestal de los gastos de los os, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>zar que el hospital genere los estados contables o y conciliación de la información contables, acción cumplimiento 100%</p>	<p>de activos fijos de la Unidad Funcional de Zipaquirá, avance 50%.</p> <p>Evidencia: No hay evidencia de las revisiones y/o observaciones en el 2016</p> <p>Nota: Soportes y Meta de la vigencia 2015.</p> <p>Hacer seguimiento al área de cartera en lo que corresponde a partidas por identificar, Avance 50%..</p> <p>Evidencia: Se presentan los estados financieros de 2014 y 2015 y acta de 3 de junio de 2016 en donde se realiza seguimiento a los ejecutivos de cartera sobre su gestión realizada.</p> <p>Nota: Meta de la vigencia 2015.</p> <p>Sistematización del informe de costos por procesos. En el aplicativo Indicadores de la intranet se encuentran publicados los costos a diciembre 31 de 2015, avance 50%.</p> <p>Evidencia: Se adjunta informe de costos y gastos.</p> <p>Controlar la ejecución presupuestal de los gastos de los procesos, avance 100%.</p> <p>Evidencia: Con evidencias en el decreto 2193 de 2004, informes a la CDC, entre otros y el envío semanal de mediante correos electrónicos y la ejecución mensual.</p> <p>Aplicar los controles pertinentes para detectar si se tramitan o se está tramitando un pago para una obligación no cierta, avance 50%.</p> <p>Evidencia: Se soporta con análisis mediante tablas de</p>		<p>100% y dos de ellas encuentran en proceso ejecución). Las once (11) restantes acciones de 2016.</p> <p>Como soporte de las acciones de mejora se present evidencias de vigencia anteriores (2014 y 2015) que contienen soportes verificación.</p> <p>El avance de las acciones mejora de 2016 se soporta corte del presente de publicado en la intranet.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>Excel, relación de facturas, muestra de comprobantes y registro en libro de devoluciones por soportes incompletos de los contratistas.</p> <p>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, avance 75%.</p> <p><u>Evidencia:</u> Hay comunicaciones de solicitud de medidas de seguridad, actas de los bancos BBVA y Caja social cambian y restringen los permisos asignados; se adquirieron en marzo de 2016 cajas fuertes y solicitud de monitoreo y cámaras al Contratista del servicio de vigilancia</p> <p>Implementar mecanismos que permitan tener claridad sobre el ingreso y salida de dinero de las cuentas bancarias y las cajas de la Institución, avance 50%.</p> <p><u>Evidencia:</u> con muestreo de arqueos a las cajas y conciliaciones.</p> <p>Efectuar las acciones pertinentes para llevar a cabo una adecuada elaboración y presentación de las conciliaciones bancarias, cumpliendo con los requisitos y especificaciones técnicas para tal fin, Avance 50%.</p> <p><u>Evidencia:</u> Hay certificación de líder de tesorería sobre las conciliaciones bancarias, certificación de que se han realizado las conciliaciones de 2012 a 2015, no se evidencia la elaboración y</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>presentación adecuada de las conciliaciones, No hay formato codificado en la vigencia</p> <p>Adicionar al presupuesto en su totalidad los recursos de convenios de apalancamiento financiero en caso de que se presenten, No aplica</p> <p>Evidencia: certificación indicando que en la vigencia 2016 <u>no</u> se han realizado convenio de apalancamiento,</p> <p>Revelar en las notas a los Estados Financieros todas aquellas partidas que presenten un incremento superior a los 5% comparadas con el periodo inmediatamente anterior y Revelar en el Dictamen de Revisor Fiscal los hechos Financieros que se consideren significativos, no se han presentado informe de los estados financieros con notas, avance 0%.</p> <p>Evidencia: Meta de 2015</p> <p>Adherencia al procedimiento 02DF21-V1 EXPEDICIÓN CERTIFICADOS DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL en el momento en que se recibe una solicitud de Certificados de Disponibilidad Presupuestal, avance 100%</p> <p>Evidencia: Hay socialización del procedimiento de fecha 3 de febrero de 2016.</p>		

Analizar, revisar y ajustar el procedimiento para el cálculo y registro contable de la provisión de cartera,

**FICINA DE CONTROL INTERNO
NFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>avance 100%. Evidencia: El procedimiento código 02GF03-V1 se documentó en diciembre de 2015, además se soporta con la revisión a la provisión aplicada, se soporta con un comprobante contable 57 de marzo de 2016 en donde se está realizando 'ajuste de saldo provisión de cartera por mala digitación de NIT en la vigencia 2014'.</p> <p>Desarrollar un plan de trabajo alternativo para dar continuidad a la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera NIIF, encaminado a disminuir la manualidad en su aplicación en la contabilidad, para garantizar una mejor calidad de la información resultante, avance 50%.</p> <p>Evidencia: hay acta de mayo de 2016 en donde se generan las acciones a seguir y se generaron los estados financieros. Además se soporta con el desarrollo de actividades 2015 y conciliación patrimonial a diciembre de 2015, no hay evidencias de las acciones específicas de mejora.</p> <p>Reportar y hacer seguimiento con las áreas para el envío de los soportes faltantes para el pago o para que se adelante los tramites de manera oportuna, avance 50%.</p> <p>Evidencia: hay oficios de reporte de los pendientes por orden de pago a xx facturas y archivo Excel de análisis.</p>		

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME... **CODIGO DEL DOCUMENTO:**

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
DESARROLLO DE SERVICIOS			
<p>ar las novedades de habilitación a líderes de , acción cerrada cumplimiento 100% de entar y socializar procedimiento de ociación comparativa y sus formatos, acción a cumplimiento 100% entar, socializar e implementar procedimiento del) de habilitación en la institución. acción abierta miento 40% ientos al cumplimiento de requisitos de ción, acción cerrada cumplimiento 100% ir el estudio de viabilidad del centro de excelencia ar las actividades descritas después del informe idio, acción cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>Documentar la solicitud de la realización de la autoevaluación de Habilitación por parte de los líderes de cada proceso, avance 0%. Evidencia: Hay circular firmada por el ordenador del gasto de fecha 14 octubre de [REDACTED]. Se adjunta como soporte cronograma DE 2016. Nota: LA ACCION CORRESPONDE AL 2015</p> <p>Terminar por parte del líder de Gestión de la Infraestructura las acciones de adecuación y mantenimiento de las áreas asistenciales en cumplimiento de la Res 2003 de 2014. Nota: LA ACCION CORRESPONDE AL PROCESO GESTION DE LA INFRAESTRUCTURA</p> <p>Desarrollar el proceso de referenciación de acuerdo a lo establecido en el procedimiento, avance 100% Evidencia: El procedimiento fue aprobado en junio de 2015. En el año 2016 se realizó una Referenciación por personal tercerizado de la Unidad Funcional Zipaquirá y una referenciación fallida al proceso de facturación y objeciones del Hospital Santa Clara por personal tercerizados, hay documento de las referenciaciones.</p> <p>Definir uno de los centros con los que se va a iniciar el proceso, desarrollar el estudio y presentar el proyecto</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus siete (7) acciones de mejora es del 88% Soportado el seguimiento al avance del Plan de mejoramiento por procesos vigencia 2016, es 25.0%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmer soportes de las acciones mejora. En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2016 publicado en la Intranet registran 5 acciones mejora con siete actividades Revisado y soportado con líder informa que dos de acciones no corresponden proceso de desarrollo servicios y una de ellas es la vigencia 2015 Para la vigencia 2016 evidencian documentalmer soportes de las acciones mejora.</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



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

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>y el cronograma, avance 0%.</p> <p>Nota: No Se Evidencia Documentalmente.</p> <p>Cronograma de referenciación vigencia 2016, avance 0%</p> <p>Nota: El cronograma contiene 20 referenciaciones no se realizadas, las realizadas no están en el cronograma..</p>		

ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA

<p>evidencia Plan de mejoramiento por procesos vigencia 2015.</p>	<p>Not se evidencia Plan de mejoramiento por procesos de la vigencia 2016.</p>	<p>No hay Plan único de mejora institucional de las vigencias 2015 y 2016.</p>	<p>Para las vigencias 2015 2016 no se evidenci documentalmente soporte de acciones de mejora.</p>
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS

<p>ar la oferta de horas médico general, acción 100%</p> <p>refuerzo horas internistas y readecuación de horas de respuesta a interconsultas para cirugía, abierto cumplimiento 66%</p> <p>ción de equipo de parto, punción lumbar y cesárea, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>en guías de manejo clínico paciente psiquiátrico, cerrada cumplimiento 100%</p> <p>r programa institucional de atención de víctimas violencia sexual, acción abierta cumplimiento 70%</p> <p>e implementar indicadores de oportunidad para inicio de los tiempos del proceso de urgencias, cerrada cumplimiento 100%</p>	<p>1, Contratar una jefe de enfermería exclusiva para TRIAGE, 2, establecer con las especialidades tratantes la estricta necesidad de aislamiento, avance 0%.</p> <p>Evidencia: Soporte certificación de la Empresa de Servicios Temporales en donde establece que en la entidad hay una jefe de TRIAGE</p> <p>Solicitar refuerzo horas internistas y readecuación de proceso de respuesta a interconsultas para cirugía, avance 66%.</p> <p>Evidencia: soporte archivo Excel con indicadores comparativos de Interconsulta</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus catorce (14) acciones de mejora es del 80%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmer soportes de las acciones mejora.</p> <p>En el seguimiento realiza se observa que el Plan mejoramiento contiene doce (12) acciones de mejora 16 actividades específicas mejoramiento.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ir un nuevo secretario para el comité de ifes, acción cerrada cumplimiento 100% r estrategia de verificación de los resultados de oratorios identificados como críticos, acción cumplimiento 0%.</p>	<p>1, Realizar programa institucional violencia sexual; 2, socializar el programa con los actores involucrados en la atención; 3, asistir a la capacitación que certifica el cumplimiento por parte del SENA avance 70%.</p> <p>1, diseñar e implementar indicadores de oportunidad para cada uno de los tiempos del proceso de urgencia; 2, identificar las demoras en el ciclo de atención de urgencias; 3, mejorar los tiempos y la oportunidad del paciente en urgencias, avance 0%.</p> <p>Generar procedimiento de identificación de resultados de laboratorios críticos y definir las alertas. avance 0%.</p> <p>1, Contratar a Enfermera para TRIAGE; 2, Priorizar las camas en pisos para pacientes aislados; 3, Seguimiento mensual de los tiempos total de consulta por médico, avance 0%.</p> <p>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. Inducción y reintroducción sobre la aplicación de la escala, avance 0% Evidencia: 1. Soporta con acta de marzo de 2016 cuyo objeto fue el cambio de horario laboratorio clínico y 2. Archivo Excel con la oportunidad de laboratorio.</p> <p>1, Reingeniería de la Caracterización del proceso de Urgencias incluyendo la atención prioritaria a Víctimas de Violencia Sexual; 2, Socialización de la nueva</p>	<p>El avance del Plan de mejoramiento por proceso 2016 es de 11.3%</p>	<p>Único soporte documental de la vigencia 2016 es un acta de 23 de diciembre de 2015</p>

**FICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>La eficiencia eficacia y productividad de la atención alcanzando un Giro cama de 4,0, acción a cumplimiento 100%</p> <p>Realizar y tomar correctivos de la calidad de los registros realizados en la historia clínica institucional, acción a cumplimiento 100%</p> <p>Realizar a todo el personal del servicio de ginecología la importancia de informar al usuario sobre los procedimientos a realizar garantizando el entendimiento de la información, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>Realizar procedimientos de las maniobras de manejo uterino (prueba de taponamiento, sutura de B-Lynch), acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>Ligadura selectiva de arterias uterinas e ooforectomía), acción cerrada cumplimiento 100%</p>	<p>caracterización al equipo de Urgencias, avance 0%.</p> <p>1, socializar la política de humanización; 2, enfatizar la línea estratégica de comunicación asertiva, avance 0%.</p> <p>Inducción y reintroducción sobre la aplicación de la escala, avance 0%.</p> <p>Alarmas visuales de los medicamentos LASA y capacitación al personal de enfermería sobre los mismos, avance 0%.</p> <p>Capacitación estrategia multimodal lavado de manos, avance 0%.</p>		
ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO			
<p>Lograr identificar la causa raíz estancia modificable, en los servicios que representan mayor número de pacientes hospitalizados, avance 63%.</p> <p>Nota: se realizó análisis como diagnóstico.</p> <p>Énfasis en el entrenamiento a los responsables de diligenciamiento de historia clínica y seguir el desarrollo de nuevos formatos a las áreas que lo requieran, avance 66%.</p> <p>Documentar y desplegar Programa de las actividades de P y P institucional, avance 63%.</p> <p>Modificar metas de indicador de mortalidad, avance 0%.</p>		<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus sesentaiocho (68) acciones de mejora es del 83%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora.</p> <p>En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la Intranet, el link del proceso se registra en 29 acciones de mejora y el Plan de mejoramiento Institucional se registran acciones de mejora,</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ent, socializar, implementar y medir adherencia ueste instruccional para identificar pacientes que in de identificación y para distinguir la identidad pacientes con el mismo nombre, acción abierta miento 80% ación, socialización e implementación del 3 instruccional en la atención segura del binomio -hijo, acción abierta cumplimiento 50%. entación de lista de chequeo de código rojo, cerrada cumplimiento 100%</p> <p>entar, socializar e implementar r lista de chequeo ción de equipos y elementos para la atención del y adaptación neonatal, acción abierta miento 80%</p> <p>entar, socializar e implementar formato de iento activo del postparto para la madre y el iacido, acción cerrada cumplimiento 100% n de Guía de manejo de retinopatía del ro, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>entar protocolos manejo de infecciones, inserción éter de presión intracraneana, broncoscopia, tesis, cambio de líneas IV (centrales y as), anticoagulación profiláctica, gestión ra la donación, de acuerdo con los lineamientos ales, colocación de tubo tórax, venodisección, ctomía, diálisis peritoneal, oxigenoterapia, acción cumplimiento 33%</p> <p>r censo de todas las actividades de P y P que se</p>	<p>Documentar la ruta de atención de interdisciplinaria de la gestante de alto riesgo obstétrico institucional, avance 50%.</p> <p>Actualizar, socializar e implementar el manual de bioseguridad, con las indicaciones realizadas por la SSC, y otros hallazgos identificados por el COVE, avance 100%.</p> <p>Nota: El Manual de bioseguridad hizo énfasis en lavado de manos, medidas de aislamiento, pertinencia de aislamiento, flebitis.</p> <p>Evaluar y tomar correctivos en el registro de usuario en el sistema, avance 0%.</p> <p>Implementación del programa de clínica de heridas, avance 0%.</p> <p>Generar una estrategia para informar y orientar al paciente y su familia, avance 0%. Nota: NO registrado en el Plan de Mejoramiento Institucional.</p> <p>Definir actividades del personal de formación, implementando procedimientos y protocolos de actuación, avance 20%.</p> <p>Definir procedimientos y protocolos para la cateterización venosa y medir adherencia al personal de enfermería, avance 0%.</p>	<p>Soportado y verificado Avance el Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 es de 44.0%</p>	<p>acción de mejora men (Generar una estrategia pa informar y orientar al pacie y su familia)NO se encuen registrado en el PI INSTITUCIONAL)</p> <p>En el seguimiento realiza teniendo en cuenta el Plan mejoramiento del proceso toman 28 acciones de mej con un total de 49 actividad específicas de mejoramiento</p> <p>Las acciones de mejora h sido Soportadas documentadas para vigencia 2016.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>en las diferentes área que nos permita definir los planes institucionales, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>entary desplegar Programa de las actividades de institucional, acción abierta cumplimiento 60% O. ar metas de indicador de mortalidad, acción cumplimiento 100%.</p> <p>ción de horario de visitas de familiares en la y en casos especiales (a determinar por grupo de se permitirá el ingreso de la familia, acción cumplimiento 100%.</p> <p>entary la ruta de atención de interdisciplinaria de ante de alto riesgo obstétrico institucional, acción cumplimiento 50%.</p> <p>ar, socializar e implementar el manual de iridad con las indicaciones realizadas por la SSC hallazgos identificados por el COVE, acción cumplimiento 33%</p> <p>y tomar correctivos en el registro de usuario en na, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>r una estrategia para informar y orientar al e y su familia, acción cerrada cumplimiento</p> <p>actividades del personal de formación, entado procedimientos y protocolos de actuación, cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>procedimientos y protocolos para la cateterización y medir adherencia al personal de enfermería, cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>Seleccionar criterios de los pacientes que pueden presentar desalojo de dispositivos medico quirúrgicos., avance 0%.</p> <p>Refrendar buenas prácticas para la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, avance 80%.</p> <p>Resocializar al personal de enfermería preparación de medicamentos iofilizados, avance 80%.</p> <p>Seguimiento a los laboratorios criticos de hospitalización, avance 50%.</p> <p>Seguimiento diario de los egresos por trabajo social, avance 0%.</p> <p>Seguimiento a actividades de resocialización, avance 100%.</p> <p>Incluir en la caracterización del proceso los procedimientos nuevos actualizados, avance 0%.</p> <p>Tener a disposición en el proceso el consolidado de información respecto a PQRS de todos los servicios hospitalarios, para poder realizar análisis y plantear acciones de mejora, avance 66%.</p> <p>Documentar protocolo de cambio de inmovilizador de vía aérea artificial, con su respectivo despliegue e</p>		

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Definir criterios de los pacientes que puedan ser desalojo de dispositivos medico quirúrgicos, abierto cumplimiento 10%. Dar buenas prácticas para la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería, cerrada cumplimiento 100%. Realizar al personal de enfermería preparación de medicamentos liofilizados, acción cerrada cumplimiento 100%. Concretamente proceso para la solicitud de acción, posteriormente medir eficiencia con el apoyo de glosas, acción cerrada cumplimiento 100%. Llevar a los laboratorios críticos de hospitalización, abierto cumplimiento 33%. Realizar e implementar listas de chequeo, medicamentos y protocolos del transporte de fórmulas y leche materna, acción cerrada cumplimiento 100%. Llevar a cabo el seguimiento diario de los egresos por trabajo social, cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>implementación, avance 100%. Reforzar educación al personal de enfermería respecto a la adherencia al protocolo, avance 65%. Aclarar y definir el uso de sistemas VAC, como instrumento terapéutico, por lo que requiere formulación médica, además de incluirlo dentro de los procedimientos de seguimiento por tecnología biomédica, avance 0%. Realizar medición de oportunidad de respuesta de interconsulta, avance 100%. Documentar y desplegar el procedimiento para solicitud de segundo concepto médico, avance 0%. Documentar programa de promoción y prevención con líneas estrategias específicas para priorizados IAMI, PAI, PLAN CANGURO, avance 63%. Desarrollar los programas descritos como línea estratégica dentro del programa de promoción y prevención, avance 0%. Documentar procedimiento para la entrega de turno medico y/o quirúrgico, para posteriormente medir adherencia, avance 100%. Evidencia: Código procedimiento 02PH06-V1 Documentar las capacitaciones a realizar en</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>rehabilitación y habilitación anticoagulación, avance 65%.</p> <p><u>Evidencia:</u> Código procedimiento 01PH04-V1</p> <p>Alinear el proceso con la línea estratégica priorizada de la política de humanización, comunicación asertiva prudente entre nosotros y el paciente, avance 0%</p> <p><u>Nota:</u> Esta acción se incluyó posteriormente (abril 28 de 2016).</p> <p><u>Evidencia:</u> adjunta archivos de Excel con indicadores consolidados, de calidad, eficiencia técnica, TUCI, entre otros y mapa de riesgos de paciente hospitalizado sin fechas, sin aprobación.</p>			

ATENCIÓN FARMACEUTICA

<p>en el procedimiento de recepción y mantenimiento de la farmacia como se realizara el mantenimiento de los inyectos en la institución, acción a cumplimiento 100%.</p> <p>entar, desplegar e implementar al personal de la el protocolo de Control de fechas de inyectos. Posteriormente hacer la medición de adherencia del protocolo, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>entar, desplegar y socializar al servicio farmacéutico el Protocolo de Creación de Productos. Posteriormente medir la adherencia al protocolo, acción a cumplimiento 100%.</p> <p>entar, desplegar y socializar el protocolo de</p>	<p>Actualizar el protocolo de Control de Fechas de Vencimiento de Productos Farmacéuticos, Procedimiento de Recepción técnica de Productos Farmacéuticos y Protocolo de Creación de Códigos, donde se especifique que debe haber una sola persona con el perfil adecuado para el ingreso de facturas y de creación de códigos, avance 33%.</p> <p><u>Evidencia:</u> Se actualizo el 17-05-2016, el protocolo de control de fechas de vencimiento de productos farmacéuticos; el procedimiento de recepción técnica de productos código 02AF02-V1 se aprobó el 27-10-2015; el protocolo de creación de códigos no se ha aprobado.</p> <p>Las acciones de mejora específicas (4) registradas</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus ciento treinta y ocho (138) acciones de mejora es del 84%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora.</p> <p>En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la Intranet, en registra 25 acciones mejora.</p> <p>En el seguimiento realiza teniendo en cuenta el Plan</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>e de Medicamentos al personal asistencial y entrega de los kits a cada Servicio. Posteriormente la adherencia al protocolo, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>Las 6 bodegas de la farmacia central, y dejaría una sola farmacia, tanto físicamente, como en el tiempo, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar, socializar, implementar y medir la adherencia al manual de medicamentos de alto riesgo asistencial, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Asignación de tareas a los colaboradores de la farmacia, acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>Actualizar, documentar, desplegar e implementar el procedimiento de Recepción técnica de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente adherencia al procedimiento, acción abierta cumplimiento 75%.</p> <p>Actualizar y documentar el programa de Farmacovigilancia. Implementar el programa de socialización al personal asistencial y medir la adherencia al programa, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar, socializar implementar y medir el programa de adherencia farmacéutica, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Actualizar, documentar, socializar, implementar y medir el procedimiento de Selección de productos farmacéuticos, acción abierta cumplimiento 75%.</p> <p>Actualizar, socializar implementar y medir adherencia</p>	<p>son actividades del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, <u>no</u> corresponden a las acciones de mejora (3) registradas en el Plan de mejoramiento por proceso.</p> <p>Nota: no se evidencian las estrategias del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca.</p> <p>Actualizar el protocolo de Control de Fechas de Vencimiento de Productos Farmacéuticos, Procedimiento de Recepción técnica de Productos Farmacéuticos, Protocolo de Creación de Códigos, Procedimiento de selección de productos farmacéuticos, procedimiento de distribución de productos farmacéuticos, avance 0%</p> <p>Evidencia: Se actualizó el 17-05-2016, el protocolo de control de fechas de vencimiento de productos farmacéuticos; el procedimiento de recepción técnica de productos código 02AF02-V1 se aprobó el 27-10-2015; el protocolo de creación de códigos no se ha aprobado.</p> <p>Las acciones de mejora específicas (4) registradas son actividades del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, <u>no</u> corresponden a las acciones de mejora (3) registradas en el Plan de mejoramiento por proceso.</p> <p>Nota: no se evidencian las estrategias del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca.</p> <p>Se llevaron los resultados de los inventarios, al comité</p>	<p>El avance del Plan de mejoramiento por proceso 2016 es del 42.3%</p>	<p>mejoramiento del proceso toman 23 acciones de mejoramiento con un total de 60 actividades específicas de mejoramiento se han excluido 2 por no estar de su competencia.</p> <p>Se evidencian soporte documental de las acciones de mejora para las vigencias 2016.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>procedimiento de recepción y devolución de muestras de valoración técnica al servicio farmacéutico. acción cumplimiento 67%</p> <p>los planos al detalle para flujo de personal y roles, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>dar la señalización de los componentes de la línea de producción de aire medicinal, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>los planos al sistema de gestión de calidad de la línea, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>revisar el riesgo, que la válvula de paso sea abierta, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>revisar y señalar las áreas de rechazados y reprobados, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>identificar áreas, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>la limpieza de válvulas manuales de los dos brazos para el control de presión de los bancos de trabajo, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>el formato con las especificaciones del área de mantenimiento, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>los dispositivos que faciliten el ingreso, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>el dispositivo para mitigar el riesgo de contaminación de la muestra con aire ambiental, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>dentro de la actividad de "Planear la auditoría de la descripción del perfil de los miembros del comité de auditoría, acción cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>respectivo, para llevar a cabo los ajustes correspondientes, avance 100%</p> <p>Evidencia: Se soporta con acta del Comité de fecha 1 de junio de 2016</p> <p>Documentar, y desplegar el Manual de Prescripción y el Protocolo de Creación de Productos, avance 30%</p> <p>Evidencia: Documentado el Manual con código 01AF05-V1, aprobado 22-03-2016</p> <p>Medir la adherencia al protocolo Manejo De Derrames De Medicamentos, avance 33%</p> <p>Evidencia: Se diseñó la lista de chequeo.</p> <p>Documentar, desplegar, implementar y medir documento: revisión de stocks autorizados por el proceso de Atención Farmacéutica, avance 0%</p> <p>Socializar e implementar el manual de medicamentos de alto riesgo y LASA al personal asistencial, avance 100%.</p> <p>Evidencia: Se socializo con la ruta de acreditación y se comunicó por correo electrónico.</p> <p>Realizar auditoría a la unidad funcional de Zipaquirá a los programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia, avance 0%</p> <p>Finalizar con la reingeniería del proceso de atención farmacéutica de acuerdo a la nueva caracterización.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Realizar el procedimiento de liberación del Producto Medicinal, respecto a las responsabilidades de la Comisión Técnica, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar e implementar visitas a proveedores para cumplimiento al numeral 9.7.2 de la Resolución 12580 respecto a las auditorías a proveedores, cerrada cumplimiento 100%. Realizar y subir a la intranet, el procedimiento de mantenimiento de áreas y equipos, que incluya la preparación, mantenimiento, a, tiempo de contacto de los desinfectantes y el mantenimiento de limpieza, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar el procedimiento de manejo de desviaciones medicinales respecto que incluya los reportes y acciones de desviaciones, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar los registros de y elaborar el formato para el mantenimiento de los controles en proceso por parte de la Auditoría, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar el procedimiento de control de calidad, que incluya el control de la corrección de dióxido de carbono, cerrada cumplimiento 100%. Realizar los formatos incluyendo toda la información del control, responsables, trazabilidad, equipos, puntos de producción, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar el procedimiento de control de calidad este insuficiente en cuanto a los formatos de uso y cronograma, acción cerrada cumplimiento 100%. Realizar el formato de recepción técnica incluyendo el</p>	<p>Avance 33.3%. Evidencia: Se vienen aplicando la actualización del proceso y procedimientos y se desarrolla el cronograma de capacitaciones. Mantener disponibilidad de productos farmacéuticos para el tratamiento de los pacientes. Nota: las acciones específicas de esta acción de mejora no competen al proceso. Solicitar a la Empresa Unidosis análisis de desviaciones en el marco de Buenas Prácticas de Elaboración (que incluye plan de mejora). Realizar Auditoría por parte del interventor del contrato a la Empresa Unidosis para verificar el cumplimiento del mismo de acuerdo a los términos de referencia del contrato dada esta novedad de Seguridad del Paciente, avance 100%. Evidencia: La auditoría se viene realizando. Socializar con personal de Salas de Cirugía y Hospitalización lo relacionado con manejo de VAC y sus dispositivos en el HUS, con especial énfasis en su limpieza, desinfección y disposición final. Esta socialización debe hacerse también adaptada al personal de Farmacia. Se recomienda que como parte de esta socialización se mencionen las principales fallas y lecciones aprendidas sobre este caso. Avance 0%.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>de los cilindros, acción cerrada cumplimiento</p> <p>zar el procedimiento del plan maestro de acciones teniendo en cuenta lo relacionado con el de calificación de equipos validación de os de producción de aire medicinal, del proceso erva, métodos analíticos, calibración de entos de medición del SAM y presentar el rama del PMV para el año 2015. Acción cerrada miento 100%.</p> <p>zar el proceso de inducción incluyendo inducción uesto de trabajo para gases medicinales, acción a cumplimiento 100%.</p> <p>r el proceso al plan de calidad, actualizar y ar el formato, acción cerrada cumplimiento</p> <p>entar y actualizar el formato con la información da y codificarlo, acción cerrada cumplimiento</p> <p>r el documento pedir en el formato aprobado y o en la institución, acción cerrada cumplimiento</p> <p>ación al personal de Farmacia sobre el proceso ensación, enfatizado en la importancia de la oportuna de los medicamentos, acción cerrada miento 100%.</p> <p>cer con los servicios de UTR, UCI y sala de un mecanismo de solicitud de los medicamentos y ivos urgentes. acción cerrada cumplimiento</p>	<p>Evidencia: en la vigencia 2015 se presentó un incidente, motivo por el cual se realizó la presente acción de mejora.</p> <p>Cambio de presentación del insumo a PEN, avance 100%.</p> <p>Evidencia: La convocatoria para la adquisición de las insulinas en la vigencia 2016 cambio su presentación.</p> <p>Actualizar el documento protocolo de Control de fechas de vencimiento incluyendo al grupo de laboratorio clínico, avance 100%.</p> <p>Evidencia: Se actualizo el protocolo y se realiza la semaforización y/o marcación.</p> <p>Realizar cronograma de capacitación continuada avance 100%.</p> <p>Evidencia: Se soporta con el cronograma de capacitación.</p> <p>Actualizar el documento protocolo de Control y manejo de Temperatura y Humedad incluyendo que se debe exigir al proveedor de los instrumentos de medición, que en el momento de la calibración se le exigirá que dejen termómetros de remplazo, avance 0%.</p> <p>Documentar socializar e implementar la inducción al puesto de trabajo, avance 0%.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Capacitación a los referentes de las unidades de Geriátricos y Zapaquirá en farmacovigilancia, acción cerrada cumplimiento 100%. Capacitación sobre brigada de emergencias y más conocimiento sobre las normas, para así al área de mantenimiento, el material necesario, evaluar a cabo la instalación adecuada de los equipos, acción abierta cumplimiento 50%. Revisión de la documentación de seguridad a cargo de la recepción de personal no relacionado al área de dispensación de medicamentos, cerrada cumplimiento 100%. Revisión de la recepción técnica de un regente de medicamentos, quienes efectuarán la recepción de medicamentos e inspección de los proveedores que ingresan por parte de los médicos que ingresan por parte de los proveedores, verificando unidades, estado de producto, nombre, fecha de vencimiento, etc.; se debe verificar la documentación que soporta lo solicitado con lo recibido. Por último, se hará una programación de entrega de medicamentos e inspección de los médicos. En este nuevo proceso, se efectuará la recepción de medicamentos, acción cerrada cumplimiento 100%. Reingeniería del proceso de atención médica de acuerdo a la nueva caracterización, abierta cumplimiento 67%. Actualización de la base de datos, con la verificación correcta de los productos, para evitar errores</p>	<p>Capacitación a líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo avance 100%. Evidencia: La capacitación es competencia del proceso de Talento Humano sin embargo con la asesoría de Planeación se realizó la evaluación y gestión del riesgo. *Construir los indicadores del ciclo del medicamento. *Auditar las listas de chequeo de la recepción técnica. *Presentar informe a gerencia con la solicitud de lo que se requiere para el servicio en acreditación. *Manual de antibióticos. *Manual de anticoagulantes. Manual farmacéutico, avance 60%. Evidencia: El informe de gestión reporta los indicadores y listas de chequeo. Actualización, articulación, socialización e implementación del documento uso prudente de antibióticos (Manual de antibióticos), avance 0%. Se requiere que la convocatoria se adjudique en el mes de enero para todo el año. Nota: las acciones específicas de esta acción de mejora no competen al proceso. Documentar socializar e implementar la verificación de adherencia a la correcta formulación y mayor capacitación al personal Médico, avance 50%.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>imiento de la selección, formulación y la acción, acción abierta cumplimiento 50%. un regente de farmacia, cuya función será la de carros antes de subir a pisos para ser ados, verificando que los medicamentos e s médicos, vayan acorde a lo formulado y estén os al paciente. Además debe llevar el control de rios de los carros de paro y de farmacia central, fectuar los pedidos de bodega, acción cerrada miento 100%. la farmacia de hemodinamia al manejo del o de atención farmacéutica, acción abierta miento 100% aran los resultados de los inventarios, al comité ivo, para llevar a cabo los ajustes ondientes, acción abierta cumplimiento 50%. r una reunión bimensual, entre contabilidad y a, para identificar y explicar las causas de las ias en los inventarios, en esta reunión, también en tratar temas como cuentas del pasivo, nos de medicamentos y proveedores con nes, ya que el control contable, permite validar la ilidad de los saldos contables, acción abierta miento 50%. a la observación del stock de medicamentos anexo es importante aclarar la correcta tación del mencionado anexo 1 el cual se debe tar así en virtud del mismo título del anexo que istado de medicamentos y dispositivos médicos</p>	<p><u>Evidencia:</u> Hay acta de 10 de junio de 2016. Reestructurar, documentar, desplegar e implementar el procedimiento de Recepción técnica de productos farmacéuticos al personal de farmacia. Posteriormente medir la adherencia al procedimiento, avance 0%. Disminuir la cantidad de vencimiento de productos farmacéuticos en la institución, avance 0%. Disminuir la probabilidad de dispensación inadecuada de productos farmacéuticos, avance 33.3%. <u>Evidencia:</u> En la ruta de acreditación se capacito sobre medicamentos las y alto riesgo.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>precios de referencia de la E. S. E. Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional "A", de tal forma que son los precios de referencia que la entidad estableció pagar al contratista los meses allí relacionados. Así las cosas la información promedio mensual y consumo promedio es información para facilitar al operador su logística de abastecimiento y proyectar el costo del contrato más no representa necesariamente una obligación de mantener esas existencias en stock en tanto que el mismo contratista responsable del suministro oportuno de los insumos y demás insumos solicitados por el operador incluidos o no en ese anexo, lo cual ha sido incluido en las condiciones contractuales (Anexo 2-ros, punto 15) el cual menciona que el operador deberá responder oportunamente a toda la demanda de productos farmacéuticos requeridos en la Unidad Funcional de Girardot. En los casos que no se oportunamente el producto farmacéutico requerido y material médico quirúrgico), las existencias serán asumidas por el operador logístico, abierta cumplimiento 20%.</p> <p>Para firmar a todo el personal que solicite insumos e insumos médicos con boleta de cumplimiento, el recibido de los mismos, acción abierta cumplimiento 50%.</p> <p>Se realizará nuevamente la documentación y se realizará la entrega a la sede funcional de Zipaquirá, se verificará</p>			

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>adherencia al programa de farmacovigilancia, ya que se realizó una capacitación previa a la química realizada. Sin embargo, se realizará una nueva capacitación, por si no quedaron términos y condiciones claros, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>entender, socializar implementar y medir adherencia a manuales de prescripción y de manejo seguro de medicamentos peligrosos al personal de enfermería, abierta cumplimiento 20%.</p> <p>entender, implementar y medir la adherencia del personal de farmacovigilancia al personal asistencial, abierta cumplimiento 50%.</p> <p>entender el protocolo de fechas de vencimiento de medicamentos farmacéuticos, donde se especifique en que fecha o de que el proveedor no pueda realizar un lote de medicamentos próximos a vencer por no haber sido de otro lote con otras fechas de vencimiento, enfermería se compromete a retirar un día antes el medicamento del carro del paro y entregarlo al personal farmacéutico, sino lo hacen el regente de farmacia se acercara al servicio correspondiente para retirar el medicamento, acción abierta cumplimiento 100%.</p>			

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

entender y socializar el procedimiento traslado de medicamentos en ambulancia con sus respectivos registros, **abierta cumplimiento 100%**.

Entender la adherencia al proceso con el análisis de los datos de la bitácora de la ambulancia 2015 y I trimestre 2016, **avance 100%**.

Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora

Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmer soportes de las acciones

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Las luces laterales intermitentes a la ambulancia cambiar el radiotelefono, acción cerrada, cumplimiento 100%</p> <p>Ir el indicador de oportunidad en las remisiones de las, Acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Clasificaciones de manejo por parte del especialista de la patología del paciente lo amerite, para dar un manejo adecuado en su lugar de origen, acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Seguimiento a los tiempos de respuesta de las acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>Registrar e incrementar el número de integrantes de la unidad de emergencias de la institución, Acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>Realizar el cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia, Acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>Seguimiento a las condiciones y idóneas de los conductores de la ambulancia, Acción cumplimiento 33%.</p>	<p>Verificar la efectividad con análisis de indicador de agosto y septiembre, avance 5%.</p> <p>Capacitar e incrementar el número de integrantes de la brigada de emergencias de la institución, avance 66%.</p> <p>Diseñar el cronograma de mantenimiento preventivo de la ambulancia, avance 66%.</p> <p>Implementar controles para prevenir un accidente de tránsito, avance 100%.</p> <p>Reunirse con el CRUE para informarle como se va realizar la remisión de pacientes de P y P que a partir del 1 de mayo cuando se remitan los pacientes de P y P van con una boleta (donde diga a que programa va remitido). Implementar la boleta de remisión a P y P en Urgencias, Consulta externa y Hospitalización, avance 0%</p> <p>Implementar controles para prevenir fallas de las ambulancias durante la prestación del servicio, avance 0%</p> <p>Implementar el proceso de reubicación, avance 100%</p>	<p>Institucional de la vigencia 2015 en sus dieciocho (18) acciones de mejora es del 83%</p> <p>El avance del Plan de mejoramiento por proceso 2016 es de 54.6%</p>	<p>mejora.</p> <p>El plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2015 registra 8 acciones con mejoramiento con actividades específicas dando un promedio de actividad por cada acción mejoramiento.</p>

IMÁGENES DIAGNOSTICAS

ent, desplegar e implementar el documento de de imagen en el proceso de imágenes	Documentar, desplegar, implementar y medir adherencia los procedimientos actualizados en el servicio de imágenes	Cumplimiento al cierre del Plan	Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>sísticas, Acción abierta cumplimiento 100%. entar, desplegar, implementar y medir adherencia procedimientos actualizados en el servicio de es diagnósticas, Acción abierta cumplimiento entar, desplegar e implementar los formatos de s médicos quirúrgicos por cada tipo de miento, Acción cerrada cumplimiento 100%. entar la lectura remota, enviar citas almente al piso junto con la preparación en el de imágenes diagnósticas, Acción cerrada imiento 100%. ar, desplegar y medir adherencia a través de res, el total de los procedimientos técnicos en la metodología definida por el hus, Acción abierta imiento 70%. entar, desplegar e implementar preparaciones de ientes (Documentar, desplegar e implementar e chequeo para la verificación de la correcta ción de los pacientes ambulatorios) Acción umplimiento 100%. ar, socializar e implementar el procedimiento de de resultados incluyendo la priorización, Acción umplimiento 50%. r los ajustes de la interfaz RIS- DINAMICA os para la migración de los datos, Acción umplimiento 100%. las listas de trabajo según modalidad y unidad, abierto cumplimiento 100%.</p>	<p>diagnósticas, avance 80%. Actualizar, desplegar y medir adherencia a través de indicadores, el total de los procedimientos técnicos en la nueva metodología definida por el HUS, avance 70%. Actualizar, desplegar y medir la adherencia por medio de los registros al procedimiento de entrega de resultados, avance 0%. Socializar y sensibilizar a los colaboradores del servicio en la aplicación de la política de humanización institucional, avance 0%. Socializar a los colaboradores el resultado de las encuestas de satisfacción con énfasis en los resultados obtenidos en la calificación del proceso de imágenes diagnósticas, avance 0%. socializar el reporte y política de seguridad del paciente, avance 0% enviar a la secretaria de salud distrital el listado por cada uno de los equipos con la relación del personal que actualmente los opera, avance 0% Implementar las listas de chequeo necesarias para la verificación de las preparaciones en pacientes ambulatorios, avance 0%.</p>	<p>único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus veintiocho (28) acciones de mejora es del 90% El Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 registra un avance 10%</p>	<p>soportes de las acciones mejora. El Plan de mejoramiento proceso de la vigencia 201 registra quince (15) accion de mejoramiento y cuarenta nueve (49) actividad específicas. Soporte document documento de compromi de fecha 31/03/2016, no h evidencia de otros sop documental.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>Realizar la lectura remota de los estudios de imágenes diagnósticas, Documentar, Acción abierta cumplimiento 100%.</p>	<p>Tener disponible las preparaciones actualizadas en el proceso de imágenes diagnósticas, avance 0%. Realizar la actualización del mapa de riegos del proceso de imágenes diagnósticas, avance 0%. Socializar y aplicar el paquete instruccional de prevención de caídas en el proceso de imágenes diagnósticas, avance 0%. Reforzar la identificación del paciente durante el proceso de atención, avance 0%. Documentación de los procedimientos técnicos de resonancia magnética, avance 0%. Implementar acciones de mejora que permitan que el proceso de atención en imágenes diagnósticas mejore los tiempos de oportunidad en la atención, avance 0%. Medir la adherencia al manual de calidad de imagen en imágenes diagnósticas, avance 0%. Adjunta archivo con el Plan de mejoramiento por proceso de Imágenes diagnósticas sin resultado ni seguimiento.</p>		
<p>Realizar la inducción y re inducción enfocada en la vigilancia al personal de enfermería, acción cumplimiento 100%</p>	<p>BANCO DE SANGRE re entrenamiento al personal, avance 100%. re entrenamiento al personal y campañas de</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones</p>

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



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA RAMATXANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>entener el paquete instruccional buenas prácticas en para prevenir las complicaciones asociadas a las siones sanguíneas, acción cerrada imiento 100%</p> <p>ar la ejecución de la emisión del contrato de imientos preventivos y correctivos de nevera, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>mentar, socializar, implementar y medir la ncia al programa de hemovigilancia al personal, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>entrenamiento al personal y campañas de ilitación al donante, acción cerrada imiento 100%</p> <p>entrenamiento al personal y fortalecer las barrera de lad del sistema informático, acción abierta imiento 100%</p> <p>acional identificar nuevas directrices para tar eficiencia en canalización, acción abierta imiento 100%</p> <p>alidad de los materiales utilizados internamente de lad móvil ya que no resisten trabajo continuo, acción cumplimiento 66%</p> <p>namiento del personal y fortalecer las barreras de lad en los puntos críticos de la cadena sional, acción abierta cumplimiento 52%</p> <p>ir la orden de compra de los repuestos para el del ultracongelador, acción abierta imiento 33%</p> <p>antar en el manual de bioseguridad general los</p>	<p>sensibilización al donante, avance 100%.</p> <p>Lograr ubicar a los donantes por intermedio de su EPS a nivel departamental, avance 40%</p> <p>Priorizar la reparación de la unidad móvil. Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>re entrenamiento del personal y fortalecer las barreras de seguridad en los puntos críticos de la cadena transfuncional, avance 50%. Nota: Se han socializado a 455 personas de una población de 845</p> <p>Priorizar arreglo de ultra congelador -80°C, NO APLICA Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>documentar en el manual de bioseguridad general los aspectos importantes del banco y del servicio transfuncional, avance 80% Nota: no se ha medido la adherencia</p> <p>Priorizar arreglo de nevera de 4°C, Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción</p>	<p>institucional de la vigencia 2015 en sus treinta y nueve (39) acciones de mejora es del 87%</p> <p>Soportado y verificado el plan de mejoramiento por proceso del BANCO DE SANGRE 2016 registra un avance de 60,6%</p>	<p>mejora.</p> <p>El plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2015 registró 16 acciones de mejoramiento con actividades específicas.</p> <p>Soportado y verificado el plan de mejoramiento por proceso del BANCO DE SANGRE la vigencia 2016 registra acciones de mejoramiento.</p>

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



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

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

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>os importantes del banco y del servicio sional, acción abierta cumplimiento 50%. entrar el protocolo de ingreso y egreso al servicio sional, acción cerrada cumplimiento 100% entrar el protocolo de devolución de componentes, cerrada cumplimiento 100%</p>	<p>Priorizar arreglo de nevera de 4°C, (nevera vera diferente a la anterior) Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción</p> <p>Priorizar arreglo del aire acondicionado. Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción</p> <p>Instalación de alarma audible que alerte los cambios de Temperatura. Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Cambiar el sello que contenga todas las especificaciones dadas por el ente de control, avance 100%</p> <p>Actualizar el Organigrama del banco de sangre, avance 100%. Nota: La acción de mejora se encuentra incompleta. Porque las resoluciones No. 1571 de 1993 y No. 901 de 1996, establecen que los bancos de sangre deberán tener internamente su organigrama.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>Solicitud ante el INS el cargo de Directora Suplente, avance 100%.</p> <p>Nota: La acción de mejora no aclara que conforme a la normatividad de los bancos de sangre se tendrán en cuenta las resoluciones No. 1571 de 1993 y No. 901 de 1996, establecen que dentro de su organización interna deberán tener organigrama.</p> <p>Folleto informativo de las actividades realizadas por el estudiante en el área, avance 100%</p> <p>Documentar las acciones y el plan de contingencia ante una eventualidad.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Documentar el procedimiento que como se debe manejar la retroalimentación del personal.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; es apoyo para su desarrollo, para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Reorganización de la planta física del banco de sangre, con parámetros dados por la ley.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso, es apoyo para su desarrollo; para el presente informe se excluye esta acción.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>Inspección de Riesgos por los profesionales del banco de sangre.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso, se expresa en lo que toca a riesgos físicos, que hacen parte del programa de higiene y seguridad industrial, son apoyo para el desarrollo efectivo del proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Complementar y unificar criterios en la validación con los ajustes necesarios para la cadena de frío, avance 100%</p> <p>Priorizar Capacitaciones y funciones dentro del programa de tecnovigilancia.</p> <p>Esta acción de mejora no corresponde al proceso, hacen parte del programa de tecnovigilancia y apoyo para su desarrollo; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Priorizar la Inclusión de encuestas en el espacio para que el donante se APTO Y NO APTO, avance 0%.</p> <p>Inclusión dentro del procedimiento la supervisión por la dirección, avance 0%</p> <p>Incluir dentro del cronograma de auditoría interna del HUS por el área de planeación auditoría de verificación INVIMA.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Incluir dentro de la pirámide documental el listado maestro del banco de sangre.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>Nueva versión del plan de contingencia del banco de sangre alineado institucionalmente, avance 0%</p> <p>Capacitación y fortalecimiento de las cultura de seguridad y barreras de protección EPP, avance 100%</p> <p>Incluir dentro del portafolio institucional los productos y servicios ofertados.</p> <p>Nota: Esta acción de mejora no corresponde al proceso, hace parte del proceso encargado de la elaboración y aprobación del portafolio; para el presente informe se excluye esta acción.</p> <p>actualizar los documentos del banco y cambiarlos al nuevo formato con la reingeniería, avance 0%</p> <p>actualizar la caracterización con los cambios, avance 0%</p>		

APOYO DIAGNOSTICO

el análisis de reportes de control de calidad de Planificación de la reingeniería del proceso de apoyo Cumplimiento al Para la vigencia 2015 no

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>la y la toma de medidas correctivas dentro del Control de calidad, acción abierta cumplimiento 50%.</p> <p>entregar, desplegar, implementar y medir la acción a la documentación del servicio de citología cervico-uterina, acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>entregar, desplegar, implementar y medir la acción a la documentación del servicio de citología cervico-uterina, acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>entregar, desplegar, implementar y medir adherencia al procedimiento control de calidad de citologías cervico-uterinas, acción abierta cumplimiento 66%.</p> <p>en el programa de inducción de enfermería la acción del laboratorio en toma de muestras, cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>entregar, desplegar, implementar y medir adherencia al manejo de incidentes en toma de muestras, abierta cumplimiento 66%.</p> <p>realizar el mantenimiento de la instalación de las duchas en el laboratorio, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>realizar el mantenimiento de los arreglos correspondientes a las instalaciones eléctricas, paredes, pisos y muebles en el laboratorio, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>realizar el mantenimiento de las canecas para el laboratorio, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>realizar con el personal de patología la verificación</p>	<p>diagnostico generando un plan de trabajo avance 0%. Evidencia: Se generó el protocolo, aprobado el 10/11/2015, código 03AD01-V1. Nota: la acción de mejora y su cumplimiento corresponde a la vigencia 2015</p> <p>Planificación de la reingeniería del proceso de apoyo diagnostico generando un plan de trabajo, avance 0%. Evidencia: No se evidencia la actualización de la caracterización del proceso, se elaboró cronograma de reingeniería para la cuarta semana de junio y el mes de julio de 2016.</p> <p>Capacitación a líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo, avance 100%. Evidencia: El mapa de riesgos vigencia 2016 del proceso se encuentra publicado sin firmas y fecha de elaboración.</p> <p>Redefinir el objetivo del proceso y los indicadores que los evaluar la gestión, avance 100%. Evidencia: Se definieron los indicadores y una estudiante de la Universidad Santo Tomas se autorizo para dar continuación a la revisión de indicadores (TUCI).</p> <p>Identificar, documentar, definir tratamiento y generar acciones de mejora del producto o servicio no conforme del proceso, avance 33%.</p>	<p>cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus cuarenta y tres (43) acciones de mejora es del 71%</p> <p>Soportado el Plan de mejoramiento del proceso 2016 registra un avance del 61.9%</p>	<p>evidencian documentalme soportes de las acciones de mejora.</p> <p>En el Plan único de mejora por proceso vigencia 2015 publicado en la Intranet registran 7 acciones de mejora una de ellas, la 1ª se encuentra repetida, aunque registra diferentes actividades de mejora; la primera de ellas corresponde a la vigencia 2015.</p> <p>Se soportan de las acciones de mejora para las vigencia 2016</p>

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



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>...a de las fechas de vencimiento de los insumos ...), acción cerrada cumplimiento 100%. ...entar los controles existentes para fortalecerlos y ... la efectividad, acción cerrada cumplimiento ...ar y medir la adherencia al procedimiento de ...e muestras al personal encargado de la toma de ...as de todo el hospital, acción abierta ...imiento 50%. ACCION REPETIDA ...entar y socializar protocolo de impresión de ...as de códigos de barras para marcaje de ...as del laboratorio en hospitalización, acción ...a cumplimiento 100%. ...entar, socializar e implementar protocolo de ...ones de toma y almacenamiento de muestras, abierta cumplimiento 50%. ...ar al personal del laboratorio en las condiciones ...íticas de toma, empaque y transporte de muestras ...atorio externo. acción abierta cumplimiento ...entar a través del sistema de información del ...rio el seguimiento diario al reporte de resultado ... para garantizar que se reporte el 100% de ...os críticos a los servicios de hospitalización y ...as, acción abierta cumplimiento 33%. ...a diario en el sistema la oportunidad del reporte ...ratorio externo, acción abierta cumplimiento</p>	<p><u>Evidencia:</u> Se soporta el producto no conforme. Medición de adherencia y seguimiento al procedimiento de toma de muestras, avance 100% <u>Evidencia:</u> Se soporta la medición y adherencia de la toma de muestras. Medición de la oportunidad de toma de laboratorios en urgencias y presentar seguimiento, avance 100% <u>Evidencia:</u> Los informes trimestrales registran la oportunidad</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.			
<p>neró y estructura una Oficina de tramites de acción desde el Hospital. acción abierta cumplimiento 100%.</p> <p>ción de la Ducha Recuperación, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>d a Hotelería para el cambio de las mismas y on de calidad de las mismas, acción cerrada cumplimiento 100%.</p>	<p>Diagnosticar a través de un estudio descriptivo basado en observación y registros la pérdida de Pacientes por procesos relacionados con tramites de Autorizaciones ante las aseguradoras. Definir estrategias de mejora para establecer el proceso de Autorizaciones la Consulta externa. (Plan de acción de implementación de mejores prácticas Quirúrgicas), avance 80%</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus nueve (9) acciones de mejora es del 92%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmentes soportes de las acciones mejora.</p>
<p>rograma de Auditoría Institucional, acción abierta cumplimiento 50%.</p> <p>r la actualización de la inscripción de tejido uscular y tejido ocular, acción cerrada cumplimiento 100%.</p> <p>entar Mecanismos de control para monitorizar la idad Quirúrgica. (Oficina de Autorizaciones), iento de Oferta/Demanda. A través de listados ealidad, acción abierta cumplimiento 75%.</p> <p>, implementar y medir Adherencia a los paquetes ionales sobre Seguridad en Atención del e Quirúrgico. acción cerrada cumplimiento</p> <p>al Líder de Equipo Medico los igrometros, acción cerrada cumplimiento</p> <p>a el Líder de Arquitectura el arreglo inmediato nfraestructura del área y el cronograma de</p>	<p>Diagnostico 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, avance 80%</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 experticia 1.6. Fatiga del personal de la sala 2.1. Errores relacionados con el procesamiento de instrumental (Esterilización 	<p>El Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 tiene un avance del 60%</p>	<p>El plan de mejoramiento proceso de la vigencia 2016 registra 3 acciones con mejoramiento con actividades específicas.</p> <p>Se evidencian documentalente los soportes de las acciones de mejora para las vigencia 2016</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>imiento preventivo del área, acción cerrada miento 100%.</p>	<p>2.2. Error en el recuento de compresas, gasas, torundas e instrumental 3.1. preparación y administración inadecuada de medicamentos 3.2. Lesiones en piel asociados a posiciones 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 y insumos inadecuados, avance 80%</p>		

ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO

<p>ación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios al personal de Neumología y en ón, acción cerrada cumplimiento 100% la guía para la patología mas frecuente del de neumología, acción cerrada cumplimiento ar el procedimiento 02Ex09 transporte, ción y almacenamiento de material estéril al de Fisioterapia, acción cerrada cumplimiento y compra de nevera (cava) y termo , acción cumplimiento 100% ntación e implementación de plan de encia ante falla eléctrica, acción cerrada miento 100% ar la prohibición de uso de corrector en registros.</p>	<p>Recapacitación en el proceso de asignación de citas a quienes asignan -facturadores, operadores y auxiliares, avance 100%. Evidencia: Registro de la resocialización de asignación de citas en el primer semestre de 2016 realizada a 23 personas, de asignación de citas - demanda insatisfecha realizada a 17 personas, Ajustar y actualizar el manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras, avance 66% Evidencia: Ajustar y actualizar el Manual de transporte de muestras tiene aprobación del 21/03/2012 y no corresponde al proceso. Se soporta con la socialización y el indicador de rechazo de muestras. Nota: ACCION DE MEJORA CORRESPONDE A</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus cincuenta y cuatro (54) acciones de mejora es del 98%</p> <p>El avance del Plan de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmer soportes de las acciones mejora. En el seguimiento realiza se observa que el Plan mejoramiento contiene siete (7) acciones de mejora y actividades específicas mejoramiento. Se soportan las accion específicas para las vigencia</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ción 1995 de 1999, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>y Socialización formato de toma de citología, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>ar recurso humano necesario psicólogo, acción a cumplimiento 100%</p> <p>ación del área En la hemodíalisis de pacientes positivos para hepatitis B, acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>ción de fonendo y tensiómetro para pacientes positivos en sala de hemodíalisis- unidad renal, cerrada cumplimiento 100%</p> <p>ar protocolo de toma de muestras en la unidad protocolo de manejo de paciente con infecciones, is B, C y/o HIV.</p> <p>ar protocolo de: - Accesos vasculares - conexión onexión adopción de la guía para vigilancia, ción y control de infecciones en unidades de áalisis. Y manejo de la nefropatía lúpica, acción a cumplimiento 100%</p> <p>oferta de profesionales para lectura de tes en polisomiogramas. acción cerrada cumplimiento 100%</p> <p>ncia al formato entradas de insumos al orio 05CE30- al consultorio de cardiología, cerrada cumplimiento 100%</p> <p>en los procedimientos, las definiciones de: idad, cancelación, inasistencia, inatención, amación, puntualidad, agrupar por causas de</p>	<p>APOYO DIAGNOSTICO.</p> <p>Actualización y socialización del procedimiento de asignación de citas donde se describa la confirmación de citas, avance 100%.</p> <p>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.</p> <p>Disminuir en 1% porcentaje de inasistencia, avance 100%.</p> <p>Evidencia: Se dio cumplimiento, el porcentaje de inasistencia de consulta en el segundo trimestre de 2015 fue del 13% y en el mismo periodo del 2016 fue de 11%</p> <p>Disminuir en 1% porcentaje de inasistencia, avance 100%</p> <p>Evidencia: Se dio cumplimiento, el porcentaje de inasistencia de procedimientos de consulta externa en el segundo trimestre de 2015 fue del 12% y en el mismo periodo del 2016 fue de 7%</p> <p>Reducir tiempos de espera para la atención mínimo en un 50%, avance 100%</p> <p>Evidencia: Se da cumplimiento a las acciones específicas, se continúa con el seguimiento a bitácoras de llegada de especialistas y se realiza el</p>	<p>mejoramiento de la vigencia 2016 es de 95.1%</p>	<p>2016.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>de e y las institucionales. Unificar con imagenología la ambulatoria, acción cerrada cumplimiento oferta para la consulta de medicina interna, cerrada cumplimiento 100% atención en el proceso de asignación de citas, abierta cumplimiento 100%. reducir la toxicidad Resocializar el protocolo de atención y administración de medicamentos, acción a cumplimiento 100% realizar documentación de asignación de citas y nación de agendas, acción cerrada imiento 100% realizar documentación de atención de consulta nada, acción cerrada cumplimiento 100% realizar, implementar y medir el Procedimiento de n consulta programando donde se incluye en la ad 3 en manejo que se da cuando la consulta se por más de 30 min., acción cerrada imiento 100% y actualizar el manual de toma, transporte, ración y remisión de muestras, acción abierta imiento 50% entregar el manual de fisioterapia, acción cerrada imiento 100% entregar a fecha de vencimiento de insumos (gel lector en Fisioterapia), acción cerrada imiento 100% entregar a fecha de vencimiento de insumos</p>	<p>informe cuatrimestral, sin establecer la reducción de tiempos por cuanto no se compara el mismo periodo de diferentes vigencias.</p> <p>Actualización y socialización del procedimiento de Atención consulta programada donde se define el consultador crónico, avance 100%</p> <p>Evidencia: Procedimiento aprobado en mayo de 2016, 'registros libro fallos administrativos', informe de gestión de laboratorio clínico del primer semestre, en donde muestra indicadores de apoyo de laboratorios, e informe de gestión de Consulta externa primer semestre 2016.</p>		

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>lores en otorrino), acción cerrada cumplimiento todo insumo, equipo o instrumental que no se en el área de otorrinolaringología, acción cerrada cumplimiento 100% ar individualmente cada uno para valoración en los consultorios, acción cerrada cumplimiento ración y socialización del procedimiento de ración de citas donde se describa la confirmación de acción abierta cumplimiento 100% ir en 1% porcentaje de inasistencia, acción cumplimiento 100% a de agendas en DGH, del 100% de mientos realizados en consulta externa, acción cumplimiento 100%</p>			
INVESTIGACIÓN			
<p>ar, implementar y medir el seguimiento de os de investigación, acción abierta miento 66% r el inventario de docentes en el tema de ación en el HUS, acción cerrada cumplimiento ar socializar, e implementar el acta de inicio para oyecto nuevo de investigación, acción cerrada miento 100% ntar y socializar el manual de investigación, abierta cumplimiento 50%</p>	<p>Implementación del seguimiento de proyectos de investigación. Durante los seguimientos al proyecto, realizar control a los formatos de desistimiento a los proyectos que apliquen, avance 100%. Evidencia: Se soporta con informe sobre proyectos de investigación evaluados en el centro de investigación años 2015-2016</p> <p>Documentar, socializar, implementar y medir el procedimiento de seguimiento a los proyectos de investigación que se desarrollen en el HUS, avance</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus diecinueve (19) acciones de mejora es del 92%</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalmen soportes de las acciones mejora.</p> <p>El Plan de mejoramiento p proceso de la vigencia 20 contiene once (11) actividades específicas y cinco (5) acciones de mejoramiento.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORIA INTERNA**



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ar los procedimientos de investigación a listas y docentes del HUS, acción cerrada cumplimiento 100% con personal capacitado en el centro de acción, acción cerrada cumplimiento 100% ar la existencia del formato de autorización del datos, tomar fotos, hacer entrevistas a pacientes acción abierta cumplimiento 100%. ar proceso del aval de grupo por el HUS, abierta cumplimiento 100%. ar personal capacitado en el CIHUS acción de proyectos, acción cerrada cumplimiento 100%. ar a los grupos de investigación los documentos del Proceso de investigación, acción cumplimiento 100%. entar con un instrumento que permita identificar la necesidad instalada real de estudiantes para el HUS, acción cerrada cumplimiento 100% entar con un instrumento que permita identificar la necesidad instalada real de estudiantes para en las áreas Funcionales, acción cerrada cumplimiento 100% y actualizar el procedimiento de la relación a servicio, acción cerrada cumplimiento 100% el contenido de la inducción y su seguimiento, acción cerrada cumplimiento 100% ilitación del documento de supervisión de planes y delegación progresiva de</p>	<p>0% <u>Evidencia:</u> No se ha documentado el manual de investigación. Socialización de los requisitos para usar fotografías y/o videos de los pacientes del HUS, avance 0% <u>Evidencia:</u> No se ha socializado los requisitos para el uso de fotografías. Realización de la actualización de la Caracterización del proceso de investigación y sus procedimientos, avance 0% <u>Evidencia:</u> No se ha realizado la actualización de la caracterización del proceso Capacitación a líderes de proceso en la identificación, evaluación y gestión del riesgo, avance 0% <u>Evidencia:</u> No se ha capacitado a líderes</p>	<p>El avance del Plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016 es de 20%</p>	<p>Se soportó documentalme una acción de mejora del pl de mejoramiento del proces</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>habilidades a estudiantes y docentes del HUS, cerrada cumplimiento 100% ración de los anexos y planes de práctica va a los estudiantes y seguimiento a su niento, acción cerrada cumplimiento 100% r el contenido de la inducción y su seguimiento, cerrada cumplimiento 100% ar los procedimientos necesarios que evidencien ividades de control de los estudiantes, acción cumplimiento 67% izar y visibilizar acciones de bienestar a docentes iantes., acción abierta cumplimiento 100%</p>			
DOCENCIA			
<p>entar con un instrumento que permita identificar cidad instalada real de estudiantes para el HUS, cerrada cumplimiento 100% entar con un instrumento que permita identificar cidad instalada real de estudiantes para en las es Funcionales, acción cerrada cumplimiento r y actualizar el procedimiento de la relación ia servicio, acción cerrada cumplimiento 50% r el contenido de la inducción y su seguimiento, cerrada cumplimiento 100% alización del documento de supervisión de ntes y delegación progresiva de sabilidades a estudiantes y docentes del HUS, cerrada cumplimiento 100%</p>	<p>Realizar y articular las actividades de bienestar de los estudiantes con el programa de talento humano, avance 66% Evidencia: Se adhieren y realizan con internos, estudiantes y residentes 4 actividades del Plan de bienestar de la E.S.E. Levantar los procedimientos necesarios que evidencien las actividades de control de los estudiantes, avance 0% Evidencia: caracterización aprobada en abril de 2015, procedimiento aprobado en diciembre de 2015, no hay nuevos procedimientos y medición, ya que los procedimientos no contienen indicadores.</p>	<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus veinticuatro (24) acciones de mejora es del 91% El Plan de mejoramiento por proceso de</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora. El Plan de mejoramiento proceso cuenta con diecis (16) acciones mejoramiento y 44 activida específicas.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>ación de los anexos y planes de práctica para a los estudiantes y seguimiento a su nimiento, acción cerrada cumplimiento 100% el contenido de la inducción, acción cerrada miento 100%, ar los procedimientos necesarios que evidencien ividades de control de los estudiantes, acción cumplimiento 67% lizar y visibilizar acciones de bienestar a docentes iantes, acción abierta cumplimiento 100%</p>	<p>Realizar un adecuado proceso de inducción con seguimiento a la adherencia del mismo, avance 66% Evidencia: <u>No se replanteo el proceso de ingreso, se actualizo la vigencia anterior, se rediseño el contenido de la inducción virtual y presencial a los estudiantes, internos y residentes. El procedimiento en la actividad 3 contiene el cronograma.</u></p> <p>Expedir carnés correspondientes al nivel de formación a los estudiantes que cumplan con los requisitos de ingreso al HUS, avance 100% Evidencia: <u>Se expiden carnet de identificación a estudiante de diferente color.</u></p> <p>Identificar a los docentes del HUS y a los Docentes de las instituciones de Educación, avance 100% Evidencia: <u>Se expiden carnet de identificación a estudiante de diferente color.</u></p> <p>1. Mejorar las bases de datos de estudiantes, internos y residentes 2. Contar con los documentos digitalizados de los estudiantes de acuerdo a la base de datos a través de Moodle, avance 100% Evidencia: <u>El Plan de mejoramiento de la CDC (III trimestre) registra los avances de esta acción de mejora.</u></p>	<p>la vigencia 2016 tiene un avance del 47.8%</p>	<p>Se evidencian sopor documentales del Plan mejoramiento de la vigencia 2016 verificación realiza con la responsable.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
	<p>Garantizar en la medida de las posibilidades el cumplimiento de la inducción por parte de los estudiantes, avance 100%.</p> <p>Evidencia: hay salón con seis equipos de cómputo para garantizar el cumplimiento de la inducción.</p> <p>Desarrollar competencias docentes en el personal del HUS con estudiantes a cargo</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Cumplimiento de los anexos técnicos 3. Desarrollo de una inducción específica en cada servicio, avance 100%. <p>Evidencia: 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.</p> <p>Implementar y socializar canales de comunicación para identificar las necesidades de los estudiantes, avance 33%</p> <p>Evidencia: en la intranet / cursos virtuales /Moodle se encuentra la encuesta de satisfacción, no se han ampliado los buzones ya que esto es competencia de la dirección administrativa.</p> <p>Actualizar en el procedimiento el formato de evaluación de internos informando a planeación para su codificación y uso respectivo, avance 0%</p>		

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



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SABANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p><u>Evidencia:</u> procedimientos aprobados en el año 2015.</p> <p>Actualizar el mapa de riesgo vigencia 2016, avance 0%.</p> <p><u>Evidencia:</u> no hay soporte</p> <p>Realizar los comités de Docencia con el nuevo formato, avance 0%.</p> <p><u>Evidencia:</u> El formato de acta codificado por la entidad fue modificado para dar cumplimiento a esta acción de mejora.</p> <p>Nota: SE ENCUENTRA LA MISMA ACCION DE MEJORAMIENTO 4 VECES CON DIFERENTES ACTIVIDADES ESPECIFICAS.</p> <p>suspensión de las actividades docencia servicio, avance 100%</p> <p><u>Evidencia:</u> Una vez entregada la Unidad Funcional Zipaquirá se realizó la documentación pertinente para la suspensión de actividades de docencia e investigación.</p>	<p>ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA</p> <p>Continuar con la ejecución, socialización e implementación del programa de humanización de acuerdo al cronograma para la vigencia, avance 64%</p> <p><u>Evidencia</u> Las líneas estrategias se vienen desarrollando</p>		
<p>mentar, implementar y medir la adherencia al cumplimiento de los procedimientos de trabajo social, cerrada cumplimiento 100%</p> <p>adherencia al procedimiento de solicitud de planes de apoyo diagnóstico, oxígeno domiciliario y exámenes ambulatorios fuera del hus, acción</p>		<p>Cumplimiento al cierre del Plan único de mejora institucional de la vigencia 2015 en sus</p>	<p>Para la vigencia 2015 no evidencian documentalme soportes de las acciones mejora.</p> <p>En el seguimiento realiz</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
<p>cumplimiento 100% Realizar la encuesta de satisfacción al usuario haciendo preguntas que permitan validar la satisfacción del usuario en la atención en salud, acción cerrada cumplimiento 100% Trabajar con la ejecución, socialización e implementación del programa de humanización de acuerdo al cronograma para la vigencia, acción abierta cumplimiento 92% Realización de procedimientos y formatos de acuerdo a la caracterización, acción abierta cumplimiento 100% Actualizar la guía de atención al usuario con enfoque a la familia, acción abierta cumplimiento 80% Realizar visita de referenciación y complementar el manejo de duelo y paciente fallecido, cerrada cumplimiento 100% Realizar pautas e identificar espacios adecuados para el manejo del duelo y acompañamiento a la familia del paciente fallecido, acción cerrada cumplimiento 100% Implementar estrategia de divulgación de los Deberes y Derechos a nuestros usuarios en el HUS, acción cerrada cumplimiento 100% Realizar trimestralmente el informe de PQRS de acuerdo a las variables a los líderes de procesos, acción cerrada cumplimiento 100% Capacitar al equipo de apoyo espiritual durante el día de la libertad de cultos, acción cerrada</p>	<p>Actualización de # 5 procedimientos y 22 formatos de acuerdo a la nueva caracterización (# 12 formatos de encuestas y #10 de otros formatos), avance 40% Evidencia: se soporta la actualización en abril de 2016 del procedimiento 02AUF-V1 y los formatos.</p> <p>Actualizar la guía de atención al usuario modificando el nombre a Manual. avance 100% Evidencia: se actualizo la guía.</p> <p>Seguimiento anual a la formulación y cierre a las acciones correctivas frente a los PQR según cronograma, avance 33.33% Evidencia: El monitoreo se encuentra en la intranet hasta el mes de abril de 2016.</p> <p>Enviar la información de reportes de violencia sexual y se socializarla de: - Numero de reportes realizados y tipo - Tipo de intervención realizada, avance 20% Evidencia: Se soporta con las bases de datos de 2014 y 2015</p> <p>Actualización de # 5 procedimientos y 22 formatos de acuerdo a la nueva caracterización (# 12 formatos de encuestas y # 10 de otros formatos), avance 0% Por encontrarse repetida no se tiene en cuenta.</p> <p>Ajustar el Mapa de Riesgos del Proceso de Atención al</p>	<p>veintinueve (29) acciones de mejora es del 93.5%</p> <p>Avance del Plan de mejoramiento por procesos al primer trimestre de 2016 es 51.0%</p>	<p>se evidencia entonces Total de siete (7) acciones de mejora y 16 actividades específicas de mejoramiento con un avance a la fecha 0%</p> <p>El POA Transitorio I semestre registra esta meta de producción (No. 15). se evidencian los soportes de las acciones de mejora para la vigencia 2016.</p>

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



FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

ACCIONES DE MEJORA 2015	ACCIONES DE MEJORA 2016	CUMPLIMIENTO 2015 Y AVANCE PRIMER SE. 2016	OBSERVACIONES
Cumplimiento 100%	Usuario, avance 50% <u>Evidencia:</u> Hay evidencia de la identificación de mapa de riesgos por proceso, los riesgos extremos son 4 y son trasladados al PUMP 2. Definir los Productos No conformes del Proceso y establecer las acciones preventivas, avance 50% <u>Evidencia:</u> Hay documento de la identificación del producto no conforme		

Fuente: Planes de mejora por proceso vigencia 2015 y 2016.

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

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

Evidencia

Ni la jefe de la oficina, ni el profesional especializado de Control Interno tienen la competencia para establecer las barreras, problemas para el cumplimiento de la acción de mejora, se constituiría en conflicto de intereses; Le corresponde a los líderes de cada proceso y a su equipo de trabajo registrar las barreras, problemas o limitantes en el desarrollo del cumplimiento de las acciones de mejora y las actividades de mejora propuestas.

- Evaluar el comportamiento del indicador de impacto definido anteriormente relacionando con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y cumplimiento de la meta.

Evidencia

El procedimiento, producto del presente informe no contiene en sus actividades anteriores (8) ningún indicador en cual podamos medir su avance y cumplimiento.

- Las evidencias generadas por el cumplimiento de las acciones se verifican en cada uno de los procesos, no serán solicitadas, excepto los soportes de cumplimiento de los Planes de mejora de la Contraloría que deben ser entregados por medio magnético a la oficina de Control Interno y Oficina de Planeación y Garantía de la calidad.

Evidencia

En el ejercicio profesional de la Auditoría Interna los papeles de trabajo hacen referencia a: documentar la información obtenida, los análisis efectuados y el soporte para las conclusiones del informe de auditoría; esto permite documentar todos los aspectos del proceso de trabajo, desde la planificación hasta el informe final.

Es el auditor Interno quien establece las políticas sobre los papeles de trabajo para los diversos tipos de auditorías realizadas, el contenido de estos dependerá de la naturaleza del trabajo, no obstante debe proporcionar documentación completa, precisa y concisa para todo el proceso. Los papeles de trabajo son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones en que se fundamenta el auditor interno, para dar sus opiniones y juicios sobre el proceso examinado;.....

Los soportes de los papeles de trabajo pueden incluir anotaciones, cuestionarios, programas de trabajo, planillas, las cuales deberán permitir la identificación razonable del trabajo efectuado³.

10. **Evaluar la efectividad de las acciones de mejora y determinar el cierre de ciclos.**

Responsable: Director

Descripción

- Evaluar la efectividad de las acciones de mejora. Una acción de mejora es efectiva si elimina o se reducen en un porcentaje 70% la no conformidad de acuerdo al indicador formulado, hallazgo y/o oportunidad de mejora detectada y se da cierre al ciclo de mejoramiento. Si la

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

mejora esta NO es efectiva, queda abierto el ciclo de mejoramiento para una nueva formulación de acciones de mejora para este hallazgo en el trimestre siguiente.

- o Una vez determinada la evaluación el líder de proceso debe informar al asesor asignado de gestión de la calidad de los resultados.

Nota:

- o Si la acción de mejora fue efectiva, pasar a la actividad No.11 (evaluar el mejoramiento continuo por procesos).
- o Si la acción de mejora NO fue efectiva y queda abierta, pasar a la actividad No. 4 (Describir la acción de mejora) esto quiere decir que inicia nuevamente el ciclo de mejora.

Evidencia:

No se evidencia la evaluación de la efectividad de las acciones, conforme lo establece el procedimiento, realizada por el responsable - el Director.

No se estableció documentalmente la evidencia de la evaluación.

11. Evaluar el mejoramiento continuo por proceso

Responsable:

Profesional de gestión de la Calidad

Descripción

- o El mejoramiento global se mide a través de los siguientes indicadores de análisis trimestral
 - o **Indicador de avance del mejoramiento:** porcentaje de avance de cumplimiento, su fórmula

$$\frac{\text{Sumatoria del promedio de avance de los planes de mejora por proceso}}{\text{Número total de procesos con plan de mejora}} \times 100$$
 - o **Indicador de cumplimiento:** Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora, su fórmula es

$$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas en el periodo}}{\text{Total de acciones de mejora programadas en el periodo}} \times 100$$
 - o **Indicador de Impacto:** Porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento, la fórmula es:

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

Evidencia:

Aun cuando es responsabilidad del profesional de la calidad, el seguimiento realizado en el presente informe nos permite establecer los indicadores de manera completa y por proceso, es así como:

FORMULA	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO 2015	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO PRIMER SEMESTRE DE 2016
Sumatoria del promedio de avance de los planes de mejora por proceso / Número total de procesos con plan de mejora	$\frac{2176.4}{25} = 86.8\%$	$\frac{998.9}{26} = 38.42\%$

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

FORMULA	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO 2015	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO PRIMER SEMESTRE DE 2016
Número de acciones de mejora ejecutadas en el periodo / Total de acciones de mejora programadas en el periodo *100	$\frac{302}{867} * 100 = 34.83\%$	$\frac{68}{594} * 100 = 11.45\%^5$
Número de acciones cerradas en el periodo / Número total de acciones generadas en el periodo *100	ND	ND

El primer indicador, **Indicador de avance del mejoramiento**, de esta actividad:

- ❖ Corresponde al cumplimiento durante la vigencia 2015, es decir que el 86.79% es el cumplimiento registrado durante lo corrido del año 2015.
- ❖ En el plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016, de todos los procesos, corte a junio 30 de 2016, de lo registrado en la intranet y los soportes enviados a la oficina de Control Interno se registra un avance de 38.42%.

En el indicador, **Indicador de cumplimiento**, de esta actividad del procedimiento registra lo siguiente:

- En la vigencia 2015 el 34.83% de las acciones de mejora se ejecutaron por encima del rango del 90% al 100% las demás acciones de mejora se cumplieron parcialmente por debajo del 89.9%.
- En la vigencia 2016, dentro del rango del 90% al 100%, se encuentran el 11.45% de las acciones específicas de mejora registradas (68 acciones) en el Plan de mejoramiento Institucional 2016.

El **Indicador de Impacto**, no se le dio trámite en el presente informe por cuanto no están definidos documentalmente los soportes a los que se tuvo acceso en el presente informe de auditoría.

12. **Elaborar y comunicar el informe**

Responsable:

Profesional de gestión de la Calidad y Control Interno

Descripción

- *Generar un informe trimestral del porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora y el porcentaje de cierre de ciclos por proceso.*

Evidencia

Conforme se establece en la descripción de la actividad No. 9 *Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora planificadas y se evalúa semestral que el impacto sea el esperado, esta verificación se hace a través de seguimiento semestral durante el primer semestre del año y trimestrales en el último semestre del año, en los cuales se registran los soportes de avance, las observaciones relevantes. lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo*

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

- Los planes de mejora por proceso, sus seguimientos y cierre trimestrales, se publican en la intranet en la sección de planeación y calidad, disponibles para todos los clientes internos.

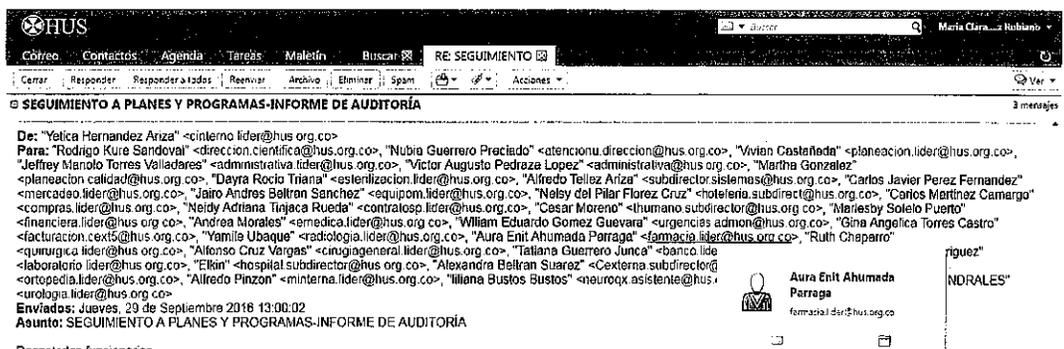
Evidencia

Para realizar la presente Auditoria se verifico lo publicado en la Intranet, los planes de mejora por procesos, el plan de mejoramiento institucional 2015, el cierre del Plan de mejoramiento por proceso – PUMP 2015: el Plan de mejoramiento Institucional - PUMP 2016, que contiene los avances, documento con el cual se efectúa en el presente informe el avance registrado.

- Comunicar el informe trimestral a cada lider de proceso, directores y jefes de oficinas asesoras, se publicará los avances del mejoramiento continuo para conocimiento de todos los usuarios.

Evidencia

En la Intranet no se evidencia la publicación trimestral de los planes de mejora por proceso. Una vez elaborado el informe, de seguimiento elaborado por oficina Asesora de Control Interno, el día jueves 29 de septiembre de 2016 a través del aplicativo ZIMBRA se envía a todos los responsables el informe, según la imagen presentada a continuación, con el objeto de recibir las observaciones, sus análisis y contradicciones u objeciones correo al cual respondieron de forma parcial⁶.



⁶ Se obtienen soportes y respuesta de: Gestión de la información, Hotelería hospitalaria, Gestión financiera, Desarrollo de servicios, Atención paciente hospitalizado, Banco de sangre, Apoyo diagnóstico, Atención al paciente ambulatorio, Apoyo diagnóstico, Investigación, Docencia, Atención al usuario y familia.

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

- *Los Directores y Jefes de oficinas asesoras incluirá dentro de la estructura del informe mensual que se entrega a la gerencia el ítem de porcentaje de avance del cumplimiento del plan de mejora por proceso.*

Evidencia

No se verifico la inclusión del ítem de porcentaje del cumplimiento en los informes mensuales a la Gerencia.

13. Archivar el registro

Responsable:

Profesional de gestión de la Calidad y Control Interno.

Descripción

- *Archivar el registro de seguimiento y cierres de ciclos de mejoramiento según el control de registros.*

Evidencia

Una vez culminado, comunicado y publicado y conforme la Gestión Documental y TRD de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se hará lo pertinente.

FIN DEL PROCEDIMIENTO.

CONCLUSIONES

1. El procedimiento de control de documentos y registros 026C01-V2 enuncia que la actualización de los procedimientos se hará con la aprobación de los líderes de los procesos, de la coordinadora de calidad y del Gerente. Con lo anterior se evidencia la desarticulación del mapa de procesos con la estructura orgánica y manual de funciones de la E.S.E. hospital Universitario de la Samaritana, toda vez que los líderes de los procesos dependen de directores y subdirectores y si estos no aprueban la actualización de los procesos de los cuales son finalmente responsables se estaría desconociendo su jerarquía y en últimas no pueden tener el control y manejo se los procesos, afectando y poniendo en riesgo el cumplimiento del PAS – PUMP – ACUERDOS DE GESTIÓN Y PLANES DE MEJORAMIENTO.
2. En la Planta de personal de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana establecida por Decreto departamental No. 00119 de 2009 - Acuerdo No. 008 de 2009, Artículo segundo establece una planta global de empleos, en ella **NO** se encuentran las denominaciones de empleo de:
 - Coordinador de Calidad
 - Líderes de los procesos
 - Profesional de Gestión de la Calidad

CONTROL DE CALIDAD INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

HASTA: Que se evidencie el cierre eficaz de las acciones tomadas y la comunicación del informe de seguimiento a los responsables de los procesos y/o órganos de Control según Plan o Programa.

APLICACIÓN: Aplica para todos los procesos, informes de auditoría, planes y programas institucionales, dando cumplimiento al sistema Integrado de Calidad.

No se da cumplimiento.

4. Según lo establece el alcance del procedimiento y realizado el inventario de planes y/o programas de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, no se evidencian acciones de mejora de los siguientes planes y/o programas:

Plan Bienal de inversiones
Plan Anual de Adquisiciones – Plan de Compras
Plan de Gerencia de la Información (informática)
Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad - PAMEC
El programa de Gestión Documental
Plan de Bienestar
Plan de Incentivos
Plan Nacional de Formación y Capacitación de Empleados Públicos para el Desarrollo de Competencias.
Plan de Estímulos
Plan de Mejoramiento por Procesos
Programa de Humanización
Programa PQRSD
Programa de Servicio al Ciudadano
Plan de Inversiones
Programa de Gestión del Cambio Organizacional
Plan de Intervenciones colectivas - PIC
Plan y Programa de Rehabilitación
Plan Auditorías Internas
Programa de Daño Antijurídico
Planes de Contingencia
Plan de Emergencias y Desastres
Plan institucional de seguridad y salud en el trabajo - Programa de medicina preventiva y de trabajo - Programa de higiene y seguridad industrial.
Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y similares - PGIRHS
Plan y Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y de Fortalecimiento Institucional de las empresas Sociales del estado
Planes integrales De Gestión Del Riesgo E Intervenciones Administrativas
Plan Anual de Vacantes.
Plan de Mejoramiento Control Interno Contable
Plan de Mejoramiento Informe de Auditoría Derechos de Autor
Plan de Mejoramiento Informe Auditoría Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano en sus Cuatro Componentes.
Programa implementación de los NIE

<p>VERSIÓN: 1.0</p>	<p>FORMATO: INFORME...</p>	<p>CODIGO DEL DOCUMENTO:</p>
---------------------	----------------------------	------------------------------

5. En el procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP, código 02GC03-V2, se observa en la actividad No. 9. *'Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones tomadas para el cierre del ciclo'*, se registra:

Primer ítem de la descripción: *...esta verificación se hace a través de seguimiento semestral durante el primer semestre del año y trimestrales en el último semestre del año, en los cuales se registran los soportes de avance, las observaciones relevantes, lo pendiente por ejecutar y se califica el estado del avance: Completo, en desarrollo o No iniciado.*

Segunda ítem de la descripción: *Registrar las barreras, problemas o limitantes presentados para el cumplimiento de la acción de mejora*

No es competencia de quien realiza el seguimiento determinar y registrar barreras, problemas o limitantes en las acciones de mejora por proceso, esta es competencia de quienes intervienen directamente en el proceso, ya que se estaría siendo juez y parte en los procesos..

Tercer ítem de la descripción: *Evaluar el comportamiento del indicador de impacto definido anteriormente relacionando con el cumplimiento de la meta establecida midiendo el avance del mejoramiento y cumplimiento de la meta.*

El comportamiento de los indicadores se evalúa en la actividad No. 11, según la descripción registrada.

Cuarto ítem de la descripción: *Las evidencias generadas por el cumplimiento de las acciones se verifican en cada uno de los procesos, no serán solicitadas, excepto los soportes de cumplimiento de los Planes de mejora de la Contraloría que deben ser entregados por medio magnético a la oficina de Control Interno y Oficina de Planeación y Garantía de la calidad.*

En el ejercicio profesional de la Auditoría Interna los papeles de trabajo hacen referencia a documentar la información obtenida, los análisis efectuados y el soporte para las conclusiones del informe de auditoría; esto permite documentar todos los aspectos del proceso de trabajo, desde la planificación hasta el informe final.

Es el auditor Interno quien establece las políticas sobre los papeles de trabajo para los diversos tipos de auditorías realizadas, el contenido de estos dependerá de la naturaleza del trabajo, no obstante debe proporcionar documentación completa, precisa y concisa para todo el proceso. Los papeles de trabajo son la evidencia de los análisis, comprobaciones, verificaciones, interpretaciones en que se fundamenta el auditor interno, para dar sus opiniones y juicios sobre el proceso examinado.

6. Los planes de mejoramiento por proceso generados para el beneficio de la buena gestión pública, según lo establece el alcance del procedimiento, toman como base la normatividad del mejoramiento continuo, están fundamentados en los principios de AUTOCONTROL, AUTOREGULACION Y AUTOGESTIÓN, permiten o no, según lo defina la entidad, a cada responsable de proceso coordinar, elaborar todas sus acciones de mejoramiento, producto de las

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Interno, las no conformidades del sistema de gestión de la calidad, las no conformidades de los procesos de Habilitación y acreditación, las autoevaluaciones de los procesos, las quejas o denuncias de los usuarios necesarias para el logro de los objetivos de la entidad y las metas del proceso.

7. El plan de mejora por proceso, conforme lo establece el procedimiento, identifica el formato 'Plan Único de mejora por proceso', no define lo que es una acción
8. específica de mejora; situación que género en el PUMP publicado por cada proceso interpretaciones diferentes, a tal punto que las funciones establecidas en el Manual de funciones⁷ las convierten en acciones de mejora, lo mismo que las tareas e instructivos; ejemplo de ello es: Priorizar arreglo de aire acondicionado, - priorizar arreglos de la nevera de 4°C, - instalación de alarma audible que alerte los cambios de temperatura, - incluir dentro de la pirámide de gestión documental el listado maestro del banco de sangre, - actualizar el mapa de riesgos, - realizar los comités, - supervisión de las actividades docencia servicio, - realizar auditoria a las novedades de nómina y pre nómina, - realizar y registrar los avalúos técnicos en la contabilidad de conformidad con lo establecido por la Contaduría General de la Nación, - contabilización de la nómina 3 trimestre..., - ejecutar el mantenimiento de pisos, paredes y techos, - ejecutar el mantenimiento de ventanas, - realización de los estudios previos y las convocatorias de acuerdo al procedimiento, actualizar procedimiento de ejecución contractual, - levantar los procedimientos, realizar los comités de docencia con el nuevo formato, entre otras; en otros casos las funciones de los comités como son: nombrar un nuevo secretario para el comité..., - realizar la reunión del comité de reuso con la información enviada de parte del INVIMA..., llevar los resultados de los inventarios al comité respectivo para llevar a cabo los ajustes correspondientes.; y en otros procesos se establece la norma de obligatorio cumplimiento para entidades públicas como acción de mejora, algunos ejemplos: Inducción y reinducción a los colaboradores acerca de la normatividad vigente más relevante, - incorporar el documento de evaluación de desempeño de todos los periodos en cada expediente de historia laboral de los empleados públicos inscritos en carrera administrativa, - actualizar desplegar implementar y medir el programa de bienestar, - actualizar desplegar implementar y medir el programa de capacitación, - documentar desplegar implementar y medir el programa de salud y seguridad en el trabajo.

La misma situación se encuentra en las acciones específicas mejoramiento, algunos ejemplos: verificación de las infracciones por cada conductor de la ambulancia, - comprar neveras y roturarlas, - elaboración de rótulos, - imprimir los rótulos, - instalar los rótulos, -proteger con vinipel los insumos de baja rotación, - definición y compra de repuestos, - aire acondicionado funcionando, - cumplir los comités de acuerdo al cronograma trimestral, etc.

9. El registro de las acciones de mejora establecidas en los planes institucionales no son registrados conforme están aprobados por el ente de Control, situación que se observa en las estrategias del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca.

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

10. Al verificar el Plan de mejora por procesos 2016 se realizó una clasificación estimada, por tipo de contenido de las acciones de mejora encontrando que 41.82% del total de las acciones de mejora tienen en su contenido actualizar el componente de direccionamiento estratégico; el 15.64% tienen como Socializar, desplegar el componente de direccionamiento estratégico; y el 7.58% tienen el tema de los indicadores - componente de direccionamiento; Lo que indica que la construcción de acciones de mejora está encaminado en un 65.04% al cumplimiento del componente de direccionamiento estratégico⁸ de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

En el cuadro posterior se registra el número de acciones de mejora y el porcentaje dentro del total estimado por tipo de contenido

TIPO DE ACTIVIDAD EN LAS ACCIONES DE MEJORA	NUMERO DE ACCIONES	PORCENTAJE
Socializar desplegar programas, planes, políticas	43	15,64
Actualizar políticas, planes, procesos, guías y manuales.	115	41,82
Seguimiento a acciones preventivas y correctivas	9	3,27
Indicadores	21	7,64
Mapa de riesgos	7	2,55
Capacitaciones	23	8,36
Inducción y reinducción	5	1,82
Entrenamiento	4	1,45
Diagnostico	2	0,73
fallas en la atención	1	0,36
Contratación Servicios e insumos	14	5,09
Documentar	3	1,09
Auditoria	4	1,45
Plataforma estratégica	7	2,55
Otros	17	6,18
TOTAL	275	100

11. Dentro de la clasificación estimada de las acciones de mejora el 8.36% corresponden al tema de capacitación, acción de mejora y tema que es de obligatorio cumplimiento para las entidades públicas, según lo establece la normatividad. Cruzado este 8.36% (23 acciones de mejora) con el cronograma de las 153 actividades del plan de capacitaciones de la entidad registra que:
- En el cronograma del plan de capacitaciones se registran DIEZ (10) temas y/o contenidos de los que se registran en las acciones de mejora lo que pertenece al 6.53% del cronograma de

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

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

- De las 23 acciones de mejora (8.36%) que tienen en su contenido y/o el tema de capacitaciones, diez (el 43.48%) de ellas están incluidas en el cronograma del plan de capacitaciones, las restantes el 56.52%, trece (13), no están contenidas en el cronograma de capacitaciones de la entidad.
En el cuadro a continuación se observa lo registrado en el párrafo anterior

DESCRIPCION	PLAN DE MEJORA POR PROCESO	CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES
asignación de citas	1	1
Alarmas visuales de los medicamentos LASA	2	
Estrategia Multimodal lavado de manos	1	1
Identificación, Evaluación y gestión del riesgo	4	1
Manejo terapia VAC	1	
capacitaciones tecnología biomédica	1	
Fortalecimiento de la cultura de seguridad y barreras de protección EPP	1	1
Brigadas de emergencia	1	1
Análisis , causas y formulación de acciones de mejora que generen impacto	2	2
análisis de causales y ajustes de los planes de mejora generando acciones que impacten el proceso.	2	
comunicación asertiva	1	1
administración de las historias laborales	1	
uso de tecnología biomédica	1	1
Disminución el ingreso incompleto e inoportuno de las objeciones interpuestas por los clientes.	1	
rehabilitación y habilitación anticoagulación	1	
cronograma de capacitación continuada	1	
código de ética	1	1
TOTAL	23	10

12. En la verificación del Plan de mejoramiento por proceso de 2016 se ejecutó el análisis cuantitativo, encontrándose:

	ACTIVIDADES
--	--------------------

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

DESCRIPCION PROCESO	ACCIONES DE MEJORA 2016	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO 2016	CUMPLIMIENTO ACCIONES DE MEJORA 2016
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	9	21	33,3%
GESTION DE LA CALIDAD	11	29	34,8%
GESTIÓN DE LA INFORMACION	8	20	44,8%
GESTIÓN JURIDICA	ND	ND	ND
ESTERILIZACIÓN	7	8	25,7%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA	6	13	33,3%
FACTURACIÓN Y RECAUDO	17	20	27,9%
GESTIÓN DE TECNOLOGIA BIOMEDICA	14	28	11,9%
HOTELERIA HOSPITALARIA	12	17	66,0%
GESTIÓN DE BIENES SERVICIOS	12	30	9,4%
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	13	22	73,8%
GESTIÓN FINANCIERA	15	40	54,3%
DESARROLLO DE SERVICIOS	4	4	25,0%
ATENCION EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA	ND	ND	ND
ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS	12	16	11,3%
ATENCION PACIENTE HOSPITALIZADO	28	49	44,0%
ATENCION FARMACEUTICA	23	60	42,3%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8	13	54,6%
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	15	49	10,0%
BANCO DE SANGRE	16	48	60,6%
APOYO DIAGNOSTICO	7	17	61,9%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO.	3	4	60,0%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	7	15	95,1%
INVESTIGACIÓN	5	11	20,0%
DOCENCIA	16	44	47,8%
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	7	16	51,0%
TOTAL	275	594	41,62%

Fuente: Plan de Mejoramiento por Proceso vigencia 2016

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

- ❖ El avance promedio de ejecución de las acciones de mejora del Plan de mejoramiento por proceso es del 41.62%.
 - ❖ El plan de mejora por proceso contiene doscientas setenta y cinco (275) acciones de mejora.
 - ❖ El mapa de procesos de la resolución 262 de junio de 2013 contiene veintiséis (26) procesos⁹.
 - ❖ De las doscientas setenta y cinco (275) acciones de mejora del Plan de mejora por proceso en veintiséis procesos, el promedio por proceso es de 10.58 acciones de mejora.
 - ❖ Las doscientas setenta y cinco (275) acciones de mejora contienen (quinientas noventa y cuatro) 594 acciones específicas de mejoramiento, para un promedio de 2.16 de acciones específicas por acción de mejora.
13. Los indicadores de la actividad No. 11, basados en la publicación de la intranet registran el siguiente resultado:
- El cumplimiento del plan de mejora por proceso el final de la vigencia 2015, es del 86.79%.
 - En el plan de mejoramiento por proceso de la vigencia 2016, registra un avance de 41.62%, con corte a junio de 2016.
 - En la vigencia 2015 el 34.83% de las acciones de mejora se ejecutaron por encima del rango del 90% al 100% las demás acciones de mejora se cumplieron parcialmente por debajo del 89.9%.
 - En la vigencia 2016, dentro del rango del 90% al 100%, se encuentran el 11.45% de las acciones de mejora registradas en el Plan de mejoramiento Institucional 2016.
14. De las acciones de mejora del Plan de mejora por proceso, publicado en la Intranet, por columna **FUENTE**, se encuentra que contiene las siguiente fuentes:

(COLUMNA) FUENTE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA POR FUENTE	PORCENTAJE ACCIONES DE MEJORA POR FUENTE
Acreditación	52	18,91%
Autocontrol	18	6,55%
Gestión del Riesgo	75	27,27%
Auditoría Interna HSEQ	36	13,09%
Seguridad del paciente	17	6,18%
Otras	5	1,82%
Auditoría Interna Habilitación	12	4,36%
Indicadores de Gestión	2	0,73%
Auditoría Externa Secretaria de Salud Cundinamarca	7	2,55%

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

(COLUMNA) FUENTE PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO	NUMERO DE ACCIONES DE MEJORA POR FUENTE	PORCENTAJE ACCIONES DE MEJORA POR FUENTE
Servicio NO Conforme	2	0,73%
Auditoría Externa Contraloría	15	5,45%
Auditoría Externa EPS	12	4,36%
Auditoría Externa INVIMA	9	3,27%
Auditoría Externa Supe salud	5	1,82%
Auditoría Externa INCONTEC	3	1,09%
Auditoría Control Interno	2	0,73%
Revisión Gerencial	2	0,73%
TOTAL	275	100%

Lo anterior concluye que:

- ✦ el 27.27% de las acciones tiene como fuente la gestión del riesgo.
- ✦ El 18.91% de las acciones de mejora tienen como fuente la acreditación.
- ✦ El 13.09% de las acciones de mejora tienen como fuente la Auditoría HSEQ
- ✦ El 5.45% de las acciones de mejora corresponden (por fuente) A LA Auditoría Externa de la Contraloría de Cundinamarca.
- ✦ El 1.82% de las acciones de mejora se establecieron teniendo en cuenta la Auditoría de SuperSalud.
- ✦ Y solamente el 0.73% (2 acciones de mejora) de las acciones de mejora se establecieron con la fuente de las recomendaciones de la Evaluación independiente de Control Interno.

15. Para dar cumplimiento, conforme lo establece el procedimiento 'Formulación, seguimiento, y cierre de Plan Único de mejora por proceso – PUMP', código 02GC03-V2, actividad No. 1 Identificar los aspectos a mejorar¹⁰ se realizó el Inventario de metas de producto y/o acciones de mejora y/o estrategias y actividades de los planes y presenta el siguiente resultado de los indicadores:
 - a. Los planes institucionales, auditorías internas, planes celebrados con los entes de control, a los que se tuvo acceso esta oficina registran 407 acciones de mejora, en la verificación y cotejo se encuentra que el 5% (22 acciones de mejora) se encuentran registradas y hacen parte integral del Plan de mejoramiento por proceso.
 - b. Las acciones de mejora y/o metas de producto del Plan operativo anual transitorio I semestre no hacen parte del Plan de mejoramiento por proceso.

INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- c. El 6% de las actividades del Plan de mejoramiento de la Superintendencia de Salud, aprobado en diciembre de 2015, hacen parte integral del Plan de mejoramiento por proceso.
 - d. Del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca hacen parte en el Plan de mejoramiento por Proceso 15 actividades.
 - e. Las recomendaciones de los informes bimestrales realizados por la oficina de Control Interno para dar cumplimiento al compromiso con este ente de Control no hacen parte del Plan de mejoramiento por proceso.
 - f. El Plan de mejora realizado para dar cumplimiento a las no conformidades del Comité de Conciliaciones no hacen parte integral del Plan de mejoramiento por proceso.
 - g. Las recomendaciones generadas en por la Función pública, de la Evaluación Anual al Sistema de Control Interno no se registran en el Plan de mejoramiento por proceso.
 - h. LA misma situación se observa sobre el informe enviado anualmente por la E.S.E. a la Dirección Nacional de Derechos de Autor.
 - i. De las recomendaciones producto de las Auditorías Internas solamente el 5% hacen parte del Plan de mejoramiento por proceso.
 - j. La acciones de mejora registradas en cada uno de los componentes del Plan anticorrupción y atención al ciudadano no son registradas en el Plan de mejoramiento por proceso de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
16. El Plan de mejoramiento, se ha convertido en una obligación que no refleja la responsabilidad de los responsables, el compromiso, las virtudes de la herramienta en la mejora de la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a la cual no se le presta la debida atención e importancia en la formulación, y ejecución. En varios procesos se repiten año tras año las mismas acciones de mejora, así se les haya dado cumplimiento en vigencias anteriores, su redacción es difusa.
17. Con la circular reglamentaria No. 001 de febrero de 2014 se implementó el Plan de mejoramiento y se generó un instructivo, circular que no ha sido derogada, a la cual no se da aplicabilidad para la construcción, ejecución y monitoreo de los planes de mejora por proceso. Y durante el presente informe y seguimiento no se evidenciaron unos criterios claros de diseño y ejecución; generando dificultad en la interpretación de las acciones de mejora ya que la formulación de los planes de mejora por proceso no se presentan de manera clara y en muchas ocasiones no cumplen con los atributos mínimos establecidos (redacción y ortografía).
18. No se contó, en el procedimiento, con indicadores, ni su correspondiente ficha técnica, que midan el impacto del desarrollo de los planes de mejoramiento en los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y mecanismos de seguimiento a las acciones establecidas.
19. No se evidencio interface del procedimiento 'Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP, código 02GC03-V2' con los procedimientos de los procesos que conforman el mapa de procesos institucional..

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

21. El Plan de mejoramiento por proceso verificado y herramienta para realizar el presente informe no registra acciones de mejora de la **Unidad Funcional de Zapaquirá**, convirtiéndose este Plan de mejora por proceso - PUMP en un documento parcial.
22. Se evidencia que la redacción y reproducción de varias de las acciones de mejora, producto de la "descripción de la observación, hallazgo y/o no conformidad" no son vinculadas ni tienen conexión entre si, no son coherentes con las acciones de mejora específicas; son acciones de mejora ya cumplidas, han sido cercenadas y recortadas de los planes institucionales, no son competencia del proceso, entre otros casos observados dentro del presente seguimiento.

RECOMENDACIONES

1. La Alta Dirección es la responsable de que el Plan de mejora por procesos sea un instrumento de gestión, le corresponde articularlo con la gestión y los objetivos de la entidad, orientarlo al cumplimiento de las políticas, generar los lineamientos para su publicación, divulgación y desarrollo, así como el seguimiento a las acciones de mejora planteadas por cada proceso. Es importante sensibilizar a los equipos de trabajo y a todos los servidores públicos en la importancia que tiene para la entidad y la responsabilidad en la ejecución, conforme a los términos establecidos para su construcción.
2. La integralidad de la estructura orgánica, el manual de funciones, el mapa de procesos y los sistemas de la entidad es necesaria y dará lugar a minimizar los riesgos, los errores y la desarticulación de la estructura.
3. La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana debe elaborar los documentos pertinentes que conduzcan a fomentar e implementar metodologías, criterios y/o directrices base para la identificación y análisis del alcance de cada procedimiento y/o proceso.
4. La aplicabilidad de la normatividad en los programas y/o planes que debe desarrollar de forma obligatoria, y en aquellos que por orientación se lleven a cabo, deberá tener principios y directrices unificadas institucionalmente.
5. El cumplimiento de las políticas públicas de la entidad se cumplen totalmente o se cumplen medianamente dependiendo de la materialidad y concreción real del Plan de mejora por proceso; por ello el contenido del PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO – PUMP deberá contener la totalidad de las acciones de mejoramiento a que dé lugar y según lo establece la actividad No. 1, del procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP, código 02GC03-V2'.
6. Se recomienda que el procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora

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

7. La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, hoy cuenta con la Unidad Funcional de Zipaquirá, por lo tanto el procedimiento 'Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP' deberá contener las acciones de mejora, junto con su avance, a realizar para la Unidad funcional de Zipaquirá; lo mismo que todos los procesos y procedimientos y el Plan de mejora por proceso.
8. Cada servidor público en el ejercicio del autocontrol debe aplicar **La ética, el trabajo en equipo, la participación, la excelencia, la responsabilidad** como principios y valores de la entidad, además del compromiso, el sentido de pertenencia, la transparencia serán las virtudes de mejora en la gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y de la elaboración, formulación y ejecución de cada uno de los Planes de mejora por proceso.
9. Los procesos de la entidad, deben estar acordes a la normatividad (Plataforma estratégica, Manual de funciones, planta global de empleos) vigente E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
10. El procedimiento Formulación, seguimiento y cierre del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP, código 02GC03-V2, no es independiente ni autónomo, él deberá revisarse, principalmente en las actividades, buscarse enlace y relación entre sus actividades, establecer limitantes, ser coherentes y obtener conexión con el proceso e interface con los demás procesos.
11. El avance del Plan de mejoramiento por proceso de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana registra a junio 30 de 2016 un avance del 40.62%, por lo que cada responsable de proceso junto con la oficina Asesora de Planeación y garantía de la calidad, deberá evaluar las acciones mejora que se encuentran con expectativa y/o observación, ya que fueron cumplidas desde la vigencia 2015 y que continúan registradas en la vigencia 2016, que no son pertinentes al proceso, que la acción de mejora no sea coherente con las acciones específicas, que estén múltiples veces dentro del Plan de mejora o según sea el caso, con el fin de esclarecer y acordar la directriz del seguimiento de fin de la vigencia 2016.
12. Siendo una obligatoriedad para la E.S.E. la elaboración del Plan Institucional de capacitación deberá estar formulado de manera coordinada con las conclusiones que arroje la encuesta de necesidades primordiales de todos los funcionarios y el análisis que se haga de las evaluaciones del desempeño en el desarrollo de los planes de mejoramiento.
13. Dar aplicabilidad a la circular reglamentaria No. 001 de 2014 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana ya que se encuentra vigente y no ha sido modificada, derogada y/o sustituida por otra norma del mismo nivel.
14. La definición u concepto de acción de mejora: *'Toda acción que incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni*

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

en la producción del 'Plan Único de mejora por proceso' se deben aplicar todas las fuentes de identificación hallazgos, no conformidades u observaciones.

15. Los análisis realizados en el presente informe, así como la Evaluación de sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y el modelo estándar de Control Interno - MECI, en el módulo de Control y Planeación, con sus componentes, deberán ser herramienta base para la construcción y desarrollo del Plan de Mejora por proceso.
16. La articulación de los planes y programas, de obligatorio cumplimiento, de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, previo al cumplimiento de los parámetros establecidos por la normatividad, son el insumo para la elaboración del Plan de acción de mejora por proceso y recíprocamente, su uso optimizara la calidad de los procesos.
17. La oficina de Control Interno considera importante que todos los responsables del Plan de mejora por proceso de la vigencia 2016, deben establecer mecanismos de sensibilización, socialización y de autocontrol, a los responsables directos de las acciones de mejora, para generar su debido cumplimiento soportado documentalmente en medio físico o magnético; en la constante búsqueda de mejoramiento en todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
18. La adición de los puntos de control, de los indicadores, como parte integral de los procesos, permiten el desarrollo efectivo de las acciones de mejora, minimizar y mitigar los riesgos.
19. La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, en cabeza de su representante, deberá evaluar la calidad de la información del proceso único de mejora por proceso y de ser necesario y pertinente ejercer las acciones disciplinarias correspondientes.

De las recomendaciones aquí realizadas se deberá elaborar un plan de mejoramiento el cual debe estar el cual será revisado y aprobado por la oficina de Control Interno y hará parte integral de las acciones de mejora del Plan de mejoramiento por proceso.

Nota: El contenido para la realización del presente informe tomo como fuente el Plan Único por proceso Institucional, los planes Únicos por proceso publicados en la Intranet; los soportes allegados (en medio físico y magnético) por los responsables, los Planes de mejoramiento institucionales, las auditorias internas; hechos que se evidencian en los papeles de trabajo de la presente Auditoria.

YETICA JIHANSVELT HERNANDEZ A

MARIA CLARA MARTINEZ R