



Bogotá, 28 de mayo de 2020

Doctor
EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS
Gerente
VIVIAN CASTAÑEDA S.
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Plan de Mejoramiento contraloría

Cordial saludo.

En cumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan de Mejoramiento Contraloría vigencia 2018 hallazgo #8 adjunto el informe de auditoría en el que se evidencian las acciones de mejoramiento registradas en el PUMP de cada proceso y su avance correspondiente a las vigencias 2019 y 2020.

Como se puede observar en el informe se deben incluir las observaciones de un gran porcentaje de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019 y lo que va corrido de la vigencia 2020; no atender esta indicación conlleva el incumplimiento del plan de mejoramiento suscrito con la contraloría.

Por lo anterior se solicita que desde la gerencia y la oficina de planeación se conmine a los responsables de los planes de mejoramiento para que incluyan en ellos las observaciones de Control Interno.

Se otorga como plazo para dar cumplimiento a esta actividad el día miércoles 10 de junio de 2020.

Hallazgo #8

SISTEMA DE CONTROL INTERNO-AUDITORIAS INTERNAS Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.
Condición: El equipo auditor observó que se presentan debilidades en el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento, producto de las auditorías realizadas, situación que se reflejó en los informes de NO conformidades presentadas en temas como la Reglamentación Sistemas de Residencias Médicas, Austeridad en el gasto público, según lo establece el Decreto 984 de 2012.
Criterio: Ley 87 de 1993.
Causa: Deficiencia en la aplicación del marco normativo de Control Interno.
Efecto: Posible materialización del riesgo, es necesario que los líderes de los procesos presente su plan de mejoramiento, una vez que conozca el resultado de la auditoría interna realizada.



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Nota: Anexo 43 folios

Atentamente,

YETICA JHASVELL HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. RICAURTE OSORIO O. – Dir. Administrativo
cc. Lic NUBIA GUERRERO P.– Dir. Atención al Usuario
cc. Dra. MARLESBY SOTELO P. – Subdirector operativo con funciones Financiera
cc. Dr. NELSON ARISTIZABALA. – Dir. Científico
cc. Dra. NEIDY TINJACA R – Jefe Of. Asesora Jurídica

Al contestar por favor cite:2020110005700-1



05GIS15 – V4 Página 2 de 2



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”

**INFORME DE SEGUIMIENTO
A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO EN LOS
PLANES ÚNICOS DE MEJORA POR PROCESOS – PUMP 2018 -2019**

OBJETIVO

Dar Cumplimiento a la estrategia establecida en el Plan de Mejoramiento de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral, modalidad integral practicada a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, correspondiente a la vigencia 2018, realizada por la Contraloría de Cundinamarca.

ALCANCE

El alcance esta dado desde el acatamiento de la estrategia: *'Fortalecer el cumplimiento del procedimiento de formulación, seguimiento y cierre el Plan Único de mejora por Procesos. Según el procedimiento la elaboración corresponde a los líderes de Procesos, y el seguimiento a la oficina de Planeación'*, hasta el cumplimiento de la actividad *'Verificar cada tres meses la publicación de los planes de mejoramiento producto de las auditorías realizadas por Control Interno'*; cuyo responsable es el jefe de la Oficina de Control Interno.

JUSTIFICACION

Dado el hallazgo¹ evidenciado en el informe de la Auditoria Gubernamental con enfoque integral, modalidad integral practicada a la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, correspondiente a la vigencia 2018, realizada por la Contraloría de Cundinamarca; se generó el Plan de Mejoramiento respectivo, para lo cual se

METODOLOGIA

Basados en la Estrategia y la Actividad No. 1 del Hallazgo No. 8 establecida en el Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, de la vigencia 2018, se da instrucción por parte de la Jefe de la Oficina de Control Interno, para la elaboración del informe trimestral, que en su primera parte establece lo correspondiente a las características generales del procedimiento código de documento 02GC03-V5 y el formato 05GC24-V3, y de manera particular la actividad correspondiente al objeto del presente informe, seguidamente desarrollar la verificación en cada uno de los planes únicos por proceso – PUMP de cada uno de los Procesos de la E.S.E. de las recomendaciones y/o observaciones de las Auditorias Independientes realizadas por la oficina de Control Interno.

BASE LEGAL

¹ Hallazgo No. 8. SISTEMA DE CONTROL INTERNO – AUDITORIAS INTERNAS Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1.991

LA LEY 87 DE 1993, estableció que todas las entidades públicas, debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación.

DECRETO 1537 DE 2001, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública.

Decreto 1599 DE 2005. Por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005, para todas las entidades del Estado.

Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Decreto 943 DE 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano – MECI,

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

Decreto 1083 DE 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Decreto 648 de 2017. Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública".

PROCEDIMIENTO

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene establecido dentro del proceso de Gestión de la Calidad el procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP con código de documento 02GC03-V5, elaborado y aprobado el 20/04/2019, con el objetivo de '*Detectar aspectos a mejorar y plantear posibles soluciones definiendo los mecanismos que permitan alcanzar las metas u objetivos propuestos, identificando los riesgos dentro del hospital*'.

Su alcance va desde: '*que se detecta los aspectos a mejorar*'

Hasta: '*que se elabore y comunique el informe del PUMP*'

Aplicación: '*Para todos los procesos, informes de Auditoria, planes y programas institucionales, dando cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus Unidades Funcionales*'.

En el numeral 7. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES, Actividad No. 1 registra:

Responsable: '*Directores, subdirectores y/o líderes de proceso*'

Actividad: **Identificar los aspectos a mejorar**

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 – PUMP, se debe incluir las acciones de mejora identificadas en el periodo, si hay informes de auditorías de entes de control tales como.....

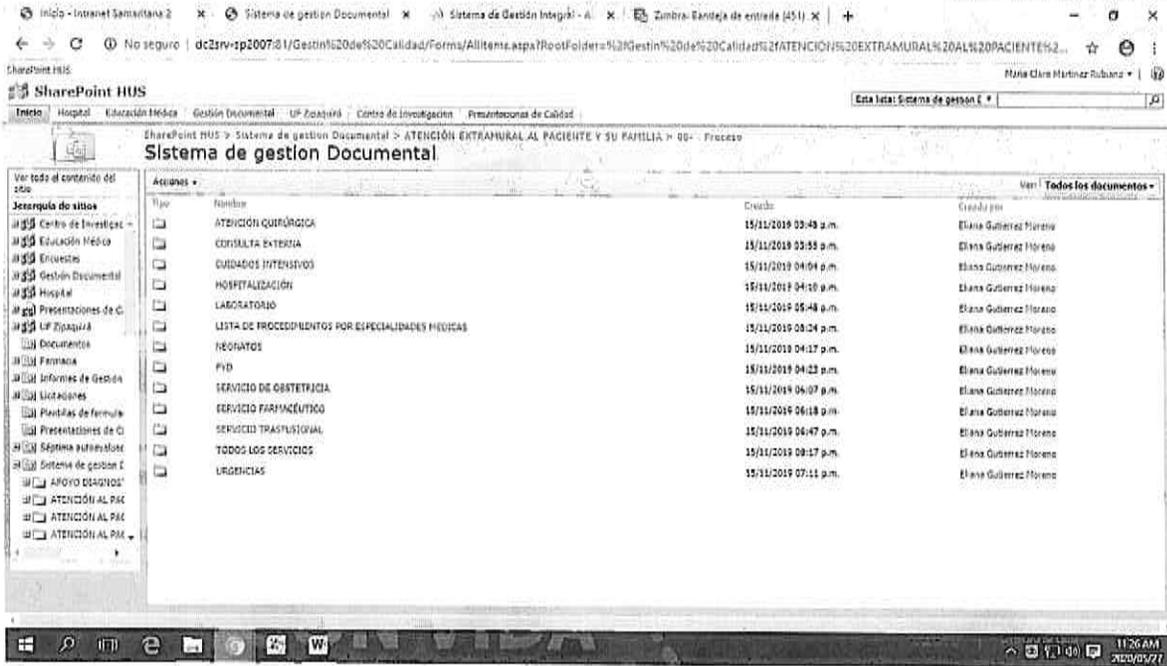
Principales fuentes de los Hallazgos: Resultados de la Revisión Gerencial, Auditoria Interna de Calidad (Habilitación, gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo, gestión del Riesgo,

Seguridad el paciente), **Auditoria de Control Interno**, Auditoria Externa ISO 9001 2015, INVIMA, EAPB, entes de Inspección, Vigilancia y Control, (Secretaria de salud, Contraloría, Procuraduría, SUPERSALUD, Autocontrol, Servicio No Conforme, Indicadores de gestión, Referenciación, Voz del Usuario (quejas, reclamos, y sugerencias), Evaluación de Satisfacción del cliente, resultado de inspecciones entre otras.

VERIFICACION PLANES UNICOS DE MEJORAMIENTO POR PROCESO - PUMP

Basados en la actividad No. 1 del Procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP, código de documento 02GC03-V5 y Verificados los Planes Únicos de mejora por proceso – PUMP de los veintisiete (27) procesos establecidos en la resolución No. 125 de marzo de 2016, "Por medio del cual se adopta el Nuevo mapa de procesos Institucional", se evidencia que:

- Los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de la vigencia 2020, de los procesos de la E.S.E. y que deben registrar todos los aspectos a mejorar provenientes de las diferentes fuentes de las vigencia 2019 y anteriores a la fecha no se encuentran publicados en el aplicativo ALMERA; de la misma manera se verifico el Sistema de Gestión Documental, sin evidencia alguna de su publicación.
- En los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de la vigencia 2019 se observó que de veintiséis (26) Procesos de la E.S.E. se encuentra publicado en el aplicativo ALMERA el II seguimiento del Planes Únicos de Mejora por Proceso – PUMP.
- El proceso *Atención Extramural al paciente y su familia* no se encuentra en el mapa publicado en el aplicativo ALMERA por lo tanto no contiene ninguna información y en el sistema de Gestión Documental registra lo siguiente:



- En el II seguimiento a los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de la vigencia 2019 se evidencian que los procesos de: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO, GESTION DE LA CALIDAD, GESTION DE LA INFORMACION, GESTION JURIDICA, HOTELERIA HOSPITALARIA, GESTION DE BIENES Y SERVICIOS, GESTION DEL TALENTO HUMANO, GESTION FINANCIERA, ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO, ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO, BANCO DE SANGRE, ATENCION FARMACEUTICA, ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA, registran observación y/o hallazgo con fuente 'AUDITORIA CONTROL INTERNO'.
- La Oficina de Control Interno ha elaborado en la vigencias 2018 y 2019 la siguientes Auditorias:

VIGENCIA	NUMERO DE AUDITORIAS	NUMERO DE AUDITORIAS ELABORADAS DEL PLAN DE AUDITORIAS	NUMERO DE OBSERVACIONES Y/O HALLAZGOS	OBSERVACIONES
2018	19	17	255	
2019	24	19	234	Corresponde a veintiún (21) Auditorias Independientes

- En los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de la vigencia 2019 de los procesos se observan cuarenta y cinco (45) descripciones de observación y/o hallazgo con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO y que se detallan en la siguiente tabla:

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
1	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Se observan 18 Contratos (Órdenes de Compra y/o Ordenes de Servicio, Convenios Interadministrativos) del periodo del 2017 en auditoría realizada de las vigencias de enero 1 de 2017 a mayo 31 de 2019, que no fueron registrados en el SISTEMA ELECTRONICO DE CONTRATACION PUBLICA - SECOP I.	AUDITORIA VERIFICACION EDL CARGUE DE LA CONTRATACION EN SECOP I Y SIA OBSERVA -2019 (junio)
2	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Ninguno de los contratos registrados y rendidos se cumple con lo establecido en la Matriz de Legalidad del SIA OBSERVA.	AUDITORIA DE VERIFICACION CARGUE SIA OBSERVA Y SECOP I -2018
3	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	<p>El procedimiento en cada una de sus actividades debe ser una herramienta de comunicación de aplicabilidad entre las áreas y/o servicios y las direcciones administrativas y científica para ser voceros de lo comunicado.</p> <p>El control de cambios registra que el procedimiento "entrega de turno administrativo" código de documento 02DE11-V1 viene de ajustar y actualizar el documento a la caracterización de procesos (anterior documento 02GE01-V1), sin embargo se observa que en las vigencias anteriores (2013 a 2016) el procedimiento se denominaba "Entrega de Turno Asistencial - Administrativo" e identificado con código 02GE02-V3 , elaborado y aprobado en el mes de marzo de 2011, vinculado al proceso de Direccionamiento Estratégico.</p> <p>El mismo procedimiento en la actividad 2 registra cini responsables cargos que en la planta de personal no se evidencian, tales como coordinador de referencia y contra referencia, coordinador de hospitalización, coordinadores de apoyo diagnóstico y terapéutico.</p> <p>El mismo procedimiento no contiene interface(s) o vínculos con algún proceso y/o procedimiento institucional. No se encuentran determinados los riesgos del procedimiento..</p> <p>Al finalizar el presente informe se evidencia que en la INTRANET y con fechas 15/02/2018, 20/02/2018 y 21/02/2018 los formatos han sido sustuidos así: El 05GE01 - Formato de entrega turno asistencia-administrativo urgencias, ha sido cambiado pro el formato 05DE24-V1. El 05GE02 - Formato de entrega turno asistencial. Salas de cirugía, ha sido cambiado por el 05DE22-V1. El 05GE03 - Formato de entrega turno asistencia - consulta externa, ha sido cambiado por el formato 05DE21-V1.</p>	ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO - 2018

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO CONTROL INTERNO	AUDITORIA
		El 05GE06 - Formato de entrega turno asistencia - referencia y contrareferencia, ha sido cambiado por el 05DE23-V1. El 05GE07 - Formato de entrega turno asistencial - glosas y objeciones, ha sido sustituido por el formato 05DE25-V1. El 05GE11 - Formato de entrega turno asistencial - trabajo social, ha sido sustituido por el 05DE27-V1. De la misma forma se observa que el formato 05GE05-V3 - Listada de asistencia entrega de turno asistencial administrativo ha sido cambiado el 21/02/2018, por el formato 05DE26-V1 - Entrega de turno administrativo asistencial. Al verificar el formato se evidencia que han sido excluidas del formato las áreas y/o servicios de: Compras, bienes y suministros. Contratos y mercadeo. Desarrollo humano Educación médica personal. Hospitalización. Y se han incorporado las áreas y/o servicios de Control interno y Endocrinología. De lo anterior no se evidencia documentalmente la justificación y los criterios tenidos en cuenta para estos cambios; de la misma forma se advierte que el procedimiento del cual hacen parte (5 - detalle de registros) los formatos no registran ninguna modificación y/o cambio.		
4	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	El promedio anual de la asistencia del turno asistencial - administrativo y/o procedimiento administrativo se registra entre el 56.9% (año 2013) 51.2% (año 2016), su comportamiento oscila dentro de 6 puntos porcentuales. El listado no reporta asistencia a la entrega de turno administrativo e indicador=0 de: Desarrollo Humano, personal, educación médica, neumología, neurología, otorrinolaringología, patología, UCI neonatal.	ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO -2018	
5	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	El promedio anual de respuesta a las observaciones y/o requerimientos y/o novedades e información sobre necesidades de las áreas y/o servicios en los formatos establecidos es del 25%, según lo que establece el procedimiento.	ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO -2018	
6	DIRECCIONAMIENT O ESTRATEGICO	Los resultados esperados de los programas de ahorro y uso de energía y ahorro y uso eficiente de agua no se cumplen y sobrepasan lo establecido en las metas, en los periodos enero junio 2016 y enero - junio 2017	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGRIHGS -2018	
7	GESTION DE LA CALIDAD	Se recomienda que la gestión ambiental y la gestión integral de residuos hospitalarios y similares este bajo el liderazgo de la Dirección Administrativa y su operatividad este dentro del proceso de Hotelería Hospitalaria.	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGRIHGS -2018	
8	GESTION DE LA CALIDAD	"En la elaboración del presente informe de la Unidad Funcional Zipaquirá y centros de salud se observó la contratación para	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE	

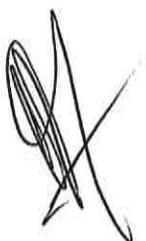
No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
		los residuos biológicos, en el manejo de otros residuos no se observa información alguna."	RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
9	GESTION DE LA CALIDAD	<p>La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana – Bogotá produce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residuos ordinarios • De riesgo infeccioso y/o Biológico - Biológicos - anatomopatológicos, cortopunzantes, • Residuos químicos • Residuos reciclables cartón, periódico, bolsa de suero –PVC, archivo, aluminio, vidrio transparente y otros. • residuos peligrosos Administrativos como pilas, cartuchos y tóner, luminarias y balastos, tarros de pintura, elementos contaminados con sustancias con características de peligrosidad, • Vertimientos atmosféricas • Emisiones <p>En algunos de estos elementos y residuos se observó la ausencia de procedimiento, protocolos, guías, instructivos y trazabilidad para el tratamiento desde su generación en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. Tampoco se encontró mapa y/o protocolo alguno en el que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana pueda visibilizar y establecer la ruta de la totalidad de los residuos. Principalmente de los reciclables. peligrosos Administrativos como pilas, cartuchos y tóner, luminarias y balastos, tarros de pintura, elementos contaminados con sustancias con características de peligrosidad</p>	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
10	GESTION DE LA CALIDAD	<p>Administrativamente se vienen realizando actividades para el destino final de los residuos, sin embargo no se evidencio la trazabilidad de cada uno de ellos, principalmente de los elementos reciclables ya que los documentos suministrados, son certificaciones y constancias aisladas, algunas de las vigencias 2015 y 2016, sin soporte legal y de trazabilidad para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. En cuanto a los residuos de tóner, cartuchos, tintas de impresión, aceites, pilas, baterías, bombillos, luminarias, balastos, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos – RAEES, PC e impresoras, entre otros, se observan algunas constancias y certificaciones de entrega (algunas de ellas de 2015 y 2016), La E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana registra dentro de sus archivos y/o contratos los documentos soportes de las licencias ambientales y disposición de residuos de manera parcial.</p>	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018



No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
11	GESTION DE LA CALIDAD	En el desarrollo de la Auditoria no se observa vínculo contractual con las empresas y persona natural: GESECOL – Gestión Ecológica de Residuos NIT 900573288-7; ECORENUEVA SAS NIT. 900527331-0; GAIA VITARE S.A.S.; SYRTECT LTDA.; ANA RODRIGUEZ LEGUIZAMON cedula de ciudadanía 52.635.909; estas empresas registran actas, constancia en el manejo de residuos	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
12	GESTION DE LA CALIDAD	Actividad 5 seleccionar, pesar y retirar el material para reciclaje. Aun cuando la actividad se realiza se presenta una brecha en cuanto a la cantidad de kilogramos generados y la cantidad de kilogramos clasificados como reciclaje en el momento de retirar el material reciclable, solamente es retirado el 49.43% de los residuos generados como reciclaje. Lo que indica que no se realiza adecuadamente la clasificación y/o selección desde su generación.	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
13	GESTION DE LA CALIDAD	Los indicadores registrados en el numeral 8 (resultados esperados) de los programas publicados en la Intranet, deberán ser la plataforma para la ejecución de la gestión ambiental y PGIRHS	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
14	GESTION DE LA CALIDAD	Los valores recibidos por la venta de reciclaje y los estudios previos de la ESE de fecha 26 de noviembre de 2018 presentan los mismos valores; realizada la comparación con los valores del mercado determinados por el Hospital Militar Central se observa que los valores de venta del material reciclable están por debajo de los valores de mercados de la entidad referenciada en el 38% en promedio	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
15	GESTION DE LA CALIDAD	La gestión integral de residuos hospitalarios y similares no evidencia la inclusión de la Unidad Funcional Zipaquirá	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
16	GESTION DE LA INFORMACION	Se deben ejecutar las conciliaciones entre la subdirección de sistemas y los responsables del módulo de activos.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
17	GESTION JURIDICA	(CONTROL INTERNO CONTABLE) Se recomienda: solicitar que la metodología de los procesos y procedimientos cuenten con interfaces, flujogramas u otro mecanismo. en los procedimientos del proceso que interactúan, generan interfaces, enlaces, conectores y vínculos desde la generación del hecho económico, transacción y/o operación hasta su transformación, ya que es el medio que conecta todos los insumos conforme a los criterios de reconocimiento, medición y revelación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana hasta la generación de un producto óptimo para la gestión de la entidad , la estandarización de procesos lleva a la reducción de las perdidas, la formación de la cultura y el aumento de la transparencia.	CONTROL INTERNO CONTABLE -2018 (DE LA VIGENCIA 2017)
18	GESTION JURIDICA	(INFORME DE AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL) Realizar recomendación jurídica a la dirección administrativa para ajustar la siguiente actividad de procedimiento de entrega de turno: " la inasistencia mensual al 15% de las sesiones de entrega de turno por parte de un servicio o especialidad generará un llamado de atención o una sanción de acuerdo al tipo de vinculación". Ajustar toda vez dando cumplimiento a la normatividad según el caso	ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO - 2018
19	GESTION JURIDICA	(AUDITORIA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO DE LA INFORMACION PUBLICA EN LA E.S.E. HUS) Conforme lo establece el decreto 0103 de enero de 2015 en el título IV - <i>Gestión de la información clasificada y reservada</i> y el título V - <i>Instrumentos de la Gestión de Información pública, capítulo II - Índice de información clasificada y reservada</i> , la E.S.E. deberá revisar a profundidad la custodia de las historias clínicas y se determine con el área de jurídica/estadística y científica los parámetros para la entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores.	:AUDITORIA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO DE LA INFORMACION PUBLICA EN LA E.S.E. HUS

NO



No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
20	HOTELERIA HOSPITALARIA	La empresa Limpieza Institucional LASU S.A.S, dentro de los contratos (N° 119 y 120 de 2017 y 172 de 2018) en la cláusula segunda establece obligaciones, que no se observaron en la presente verificación, en cuanto a presentar mensualmente el cronograma de capacitaciones (procedimientos de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias, manejo integral de residuos, manejo de insumos, entre otros), sin excepción y una vez realizadas dichas jornadas debe presentar soportes de la evaluación y medición de la adherencia del personal a los procesos y/o procedimientos establecidos por la institución (incluyendo unidades funcionales).	AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018
21	HOTELERIA HOSPITALARIA	En el informe de Auditoría Evaluación de Gestión en el capítulo 5. Monitoreo y análisis" se describe " <i>La información registrada para el monitoreo de los indicadores y el análisis, teniendo en cuenta las variables, frecuencia, la unidad de medida, la tendencia y la meta, registra en la siguiente tabla para cada uno de ellos....": el indicador 1754 en la vigencia 2017, 2018, y para el 2019 su resultado es parcial...;</i> luego describe: " <i>OPORTUNIDAD DE ENTREGA EL LA ROPA ADICIONAL HOSPITALARIA. Con tendencia establecida "decreciente", en el 2017 la oportunidad fue de siete (7) minutos, en el 2018 de nueve (9) minutos, su tendencia fué creciente, la meta es de 3 minutos"</i>	AUDITORIA INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APPLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES- 2019 (agosto de 2019)
22	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la oportunidad y la clasificación de todos los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales y principalmente lo que corresponde al grupo 16 – Propiedad Planta y equipos.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)
23	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	La toma física de los inventarios de los activos de Propiedad Planta y equipo además de contar con los procedimientos correspondientes detallados de las actividades realizadas en cada vigencia.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)

Nº.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
24	GESTION BIENES DE Y SERVICIOS	El establecimiento del formato único de control de bienes, propiedad planta y equipos con la asignación (la identificación el plaqueteo y/o replaqueteo) del responsable (funcionario público y contratistas) de cada uno de los activos fijos de la entidad. Para la Unidad funcional de Zipaquirá se designe a un funcionario de planta de la entidad con el perfil para la administración de los bienes, propiedad, planta y equipo. Cada funcionario público en el ejercicio del autocontrol debe ser responsable de los bienes públicos que tiene en uso, por lo que debe responsabilizarse mediante documento del uso de los bienes a su cargo. Y a la responsabilidad de los bienes públicos en cabeza de las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidisciplinarios.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)
25	GESTION BIENES DE Y SERVICIOS	Cada funcionario público en el ejercicio del autocontrol debe ser responsable de los bienes públicos que tiene en uso, por lo que debe responsabilizarse mediante documento del uso de los bienes a su cargo. Y a la responsabilidad de los bienes públicos en cabeza de las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidisciplinarios.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)
26	GESTION BIENES DE Y SERVICIOS	Se evidencia de forma parcial y/o ausencia de hechos, transacciones y operaciones en las cuentas de orden, algunas de ellas: procesos de responsabilidad en cabeza de funcionario(s) y/o servidor(es) público(s), inventario de obsoletos de Bogotá y Zipaquirá), bienes entregados en custodia y/o terceros y bienes recibidos en garantía.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)
27	GESTION BIENES DE Y SERVICIOS	Se observa de manera general, no individualizados los registros de bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados.	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)
28	GESTION BIENES DE Y SERVICIOS	Establecer una directriz que establezca la realización periódicamente de las conciliaciones y cruces de saldos entre cuentas, ya que ellas permiten verificar y comprobar que los registros contables se realicen en forma adecuada con los valores monetarios correctos y conciliados. (sobre todo el almacén general no se evidencia conciliación activos fijos).	AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE - 2018 (Marzo de 2019)

NON


No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
29	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Se observan 18 Contratos (Órdenes de Compra y/o Ordenes de Servicio, Convenios Inter administrativos) del periodo del 2017 en auditoría realizada de las vigencias de enero 1 de 2017 a mayo 31 de 2019, que no fueron registrados en el SISTEMA ELECTRÓNICO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA - SECOP I.	AUDITORIA VERIFICACION DEL CARGUE DE LA CONTRATACION EN SECOP I Y SIA OBSERVA -2019 (JUNIO 2019)
30	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	En los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo del 2019 no se registró ni rindió en el Aplicativo SIA OBSERVA Ninguna de las actas de adición de los Contratos.	AUDITORIA VERIFICACION DEL CARGUE DE LA CONTRATACION EN SECOP I Y SIA OBSERVA -2019 (Junio 2019)
31	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Ninguno de los contratos registrados y rendidos se cumple con lo establecido en la Matriz de Legalidad del SIA OBSERVA.	AUDITORIA VERIFICACION DEL CARGUE DE LA CONTRATACION EN SECOP I Y SIA OBSERVA -2019 junio 2019)
32	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Se debe elaborar un informe sobre el análisis realizado a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa que sirva de insumo para: detectar riesgos, necesidades de personal, necesidades de capacitación etc.,	AUDITORIA INFORME SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN - MIPG (Marzo de 2019)
33	GESTION DEL TALENTO HUMANO	La prima de vacaciones y la bonificación especial de recreación que en las variaciones a junio de 2016 y a junio de 2017 decrecieron en dos puntos, para la variación e a junio 2017 y a junio de 2018 crecen más que proporcional a lo establecido, en el 29% y 31%. En respuesta a la preguntado a por esta oficina respecto a que acumulen vacaciones para luego pagárselas en el último periodo resultando más oneroso para la E.S.E., la Directora de Personal respondió: 'Los subdirectores operativos en su mayoría no tienen periodos de vacaciones acumulados, para el caso específico de Ingeniero Alfredo Téllez – Subdirector operativo de Sistemas tiene a la fecha periodos de vacaciones , dado que al momento en que se ha dispuesto para tomar el disfrute de sus vacaciones se han presentado situaciones en el Hospital donde el soporte técnico de sistemas ha sido fundamental, dado que en este cargo recae conocimiento e información indispensable para superar los impases que a nivel tecnológico se presente. Para el caso particular del Doctor Jesús Alfonso Cruz Vargas – Subdirector Operativo de la Subdirección de Cirugía General, por ser líder de un servicio asistencial tan vital para el Hospital, el Dr. Cruz ha tenido que aplazar el disfrute de sus vacaciones.....'	AUSTERIDAD DEL GASTO
34	GESTION FINANCIERA	En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda: En la vigencia 2018 no se	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2018

NEW

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
		<p>advirtió asesoría por parte de la oficina de Planeación y Garantía de la calidad en mecanismos de identificación y monitoreo de los riesgos de índole contable, se observan actas, mas no se cuenta con mecanismos y/o metodologías de identificación documentadas o acto administrativo de adherencia. 30,1 El tratamiento de los riesgos de índole contable es generado por la Dirección Financiera, por consenso general efectúa la evaluación y seguimiento sin directriz, metodología o protocolo establecido por la oficina responsable de la gestión del riesgo. Los riesgos identificados contienen controles mínimos, en caso de materializarse no permiten mitigar o neutralizar el impacto. 30,4 La dirección Financiera ha avanzado en lo referente a riesgos y controles, se requiere hacer énfasis en que los hechos económicos provienen de varias fuentes por lo que es indispensable establecer un flujograma, o un mapa conceptual o cualquier otro mecanismo desde cada uno de los procesos involucrados.</p>	
35	GESTION FINANCIERA	<p>En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda: Se han realizado avances importantes en el establecimiento de procedimientos, planes y PUMP acordes a los objetivos institucionales y las políticas contables de la ESE, se cuenta con la caracterización del proceso de gestión financiera, procedimientos parciales y un Plan de Sostenibilidad del Sistema Contable de la ESE. Las herramientas del proceso contable se encuentran publicadas en la intranet y/o en el sitio Web de la ESE, pero aunque se ha realizado la socialización no se ha replicado a todos los responsables de los hechos económicos ; la ESE tiene establecidos los procedimientos sin flujogramas, sin interfaces, ni puntos de control, la información circula a través del aplicativo DGH, los responsables del proceso ejercen el autocontrol e implementan los procedimientos, los planes existentes y las recomendaciones emitidas de manera parcial.</p>	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2018

AVX



No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
36	GESTION FINANCIERA	<p>En el informe de auditoría interna de la oficina de control interno de diciembre de 2018 menciona que en lo que respecta a la Dimensión de Evaluación de resultados los indicadores de gestión que deben ser validados y brindar información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados, la ESE ha fortalecido sus indicadores con la herramienta TUCI, sin embargo este aspecto NO SE CUMPLE a cabalidad puesto que las desviaciones se detectan cada tres meses cuando se presentan los informes de gestión sin permitir establecer acciones preventivas, correctivas o de mejora de manera inmediata.</p> <p>Por otra parte recomienda que se deben clasificar en la plataforma TUCI los indicadores financieros por cada proceso, para que los respectivos líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. En la plataforma el resultado de estos indicadores no corresponde a la realidad establecida por la descripción del indicador. Este hecho se verificó con los documentos soporte de los estados financieros y los resultados registrados en el TUCI</p>	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2018
37	GESTION FINANCIERA	Revisar los procedimientos existentes y construir procedimientos del actuar por cada una de los servidores públicos que reciban, manejen y custodien los dineros públicos.	AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2018
38	ATENCION PACIENTE AL AMBULATORIO	En el aplicativo TUCI contiene nueve (9) indicadores de la caracterización del proceso ambulatorio 75%	INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES - 2019 (julio)
39	ATENCION PACIENTE AL QUIRURGICO	Las fórmulas de indicadores y análisis no cuentan con metodologías estructuradas, registrando información incompleta.	INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES - 2019 (julio)

new


No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
40	AL PACIENTE QUIRURGICO	No se encuentra estructuradas las actividades de capacitación realizadas a los colaboradores que hacen parte del proceso que incluya la capacitación o formación en puesto de trabajo.	AUDITORIA INFORME SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN - MIPG (Marzo de 2019)
41	BANCO DE SANGRE	Ref.: Informe de auditoría evaluación de la gestión. Verificación Indicadores de la Caracterización de los Procesos e Indicadores Publicados en el Aplicativo TUCI - Tablero Único Control Indicadores. Verificando los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el aplicativo TUCI - tablero único de control de indicadores se evidencia los siguiente: Proceso Banco de Sangre: Indicadores de la Caracterización: 12 Indicadores de la Caracterización en el TUCI: 5	INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES - 2019 (julio)
42	ATENCION FARMACEUTICA	Ref.: Informe de auditoría evaluación de la gestión. Verificación Indicadores de la Caracterización de los Procesos e Indicadores Publicados en el Aplicativo TUCI - Tablero Único Control Indicadores. Verificando los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el aplicativo TUCI - tablero único de control de indicadores se evidencia los siguiente: Proceso Atención Farmacéutica: Indicadores de la Caracterización: 4 TUCI: 14 Indicadores de la Caracterización en el TUCI: 1 Observaciones: En el aplicativo TUCI se registra un (1) indicador de la caracterización (25%).	INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES - 2019 (julio)
43	AL USUARIO Y SU FAMILIA	Fortalecimiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente.	SEGUIMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD - VIGENCIA 2018 (Diciembre de 2019)
44	AL USUARIO Y SU FAMILIA	Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y seguridad del paciente para que se haga seguimiento y trazabilidad a las PQRSD que reportan novedades de seguridad del paciente; de igual manera se debe articular el trabajo para que las PQRSD que deriven planes de mejora se incluyan las acciones de mejora en el PUMP	SEGUIMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD - VIGENCIA 2018 (Diciembre de 2019)

No.	PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN y/o HALLAZGO	HALLAZGO AUDITORIA CONTROL INTERNO
45	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	Se debe fortalecer el monitoreo sobre los PUMP de los procesos a su cargo (Directora de Atención al Usuario) para ello se sugiere participar avalando las acciones de mejoramiento establecidas, con el fin de asegurar que los líderes de los procesos a su cargo se comprometen con actividades viables realizables y que le apunten al cumplimiento de los objetivos del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales, alineando esas actividades con los acuerdos de gestión y las funciones propias del cargo.	SEGUMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRSD – VIGENCIA 2018 (Diciembre de 2019)

Fuente: Seguimiento II PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019

- Las observaciones y/o hallazgos con fuente 'AUDITORIA CONTROL INTERNO' (45) de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de la vigencia 2019 están reconocidas en los siguientes procesos:

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	1
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	2
ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	3
ATENCION FARMACEUTICA	1
BANCO DE SANGRE	1
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	6
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	10
GESTION DE LA CALIDAD	9
GESTION DE LA INFORMACION	1
GESTION DEL TALENTO HUMANO	2
GESTION FINANCIERA	4
GESTION JURIDICA	3
HOTELERIA HOSPITALARIA	2

Fuente: Seguimiento II PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019

- Estas cuarenta y cinco (45) observaciones y/o hallazgos con fuente 'AUDITORIA CONTROL INTERNO' se registran en las siguientes trece (13) Auditorias independientes realizadas por Control Interno en las vigencias 2018 y 2019.

AUDITORIA CONTROL INTERNO	PROCESO	NUMERO DE HALLAZGO Y/O OBSERVACIONES
AUDITORIA INFORME SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTIÓN - MIPG (Marzo de 2019)	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1
	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	1
AUDITORIA INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES- 2019 (agosto de 2019)	HOTELERIA HOSPITALARIA	1
AUDITORIA CONTROL INTERNO CONTABLE 2018 (Mayo 2019)	GESTION FINANCIERA	4
AUDITORIA DE VERIFICACION CARGUE SIA OBSERVA Y SECOP I - 2018 (elaborado en 2019)	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1
AUDITORIA DE VERIFICACION E SOFTWARE Y HARDWARE -2018 (Marzo de 2019)	GESTION DE LA INFORMACION	1
	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	7
AUDITORIA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO DE LA INFORMACION PUBLICA EN LA E.S.E. HAS (julio 2018)	GESTION JURIDICA	1
AUDITORIA PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES - PGIRGHS -2018 (diciembre 2018)	HOTELERIA HOSPITALARIA	1
	GESTION DE LA CALIDAD	9
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1
AUDITORIA VERIFICACION DEL CARGUE DE LA CONTRATACION EN SECOP I Y SIA OBSERVA -2019 (Junio 2019)	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1
	GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	3
AUSTERIDAD DEL GASTO	GESTION DEL TALENTO HUMANO	1
CONTROL INTERNO CONTABLE - 2018 (DE LA VIGENCIA 2017) (julio 2018)	GESTION JURIDICA	1
ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO - 2018 (Marzo 2019)	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3
	GESTION JURIDICA	1
INFORME DE LA EVALUACION DE LA GESTION VERIFICACION INDICADORES DE LA CARACTERIZACION DE LOS	ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	1
	ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	1
	ATENCION FARMACEUTICA	1



AUDITORIA CONTROL INTERNO	PROCESO	NUMERO DE HALLAZGO Y/O OBSERVACIONES
PROCESOS E INDICADORES PUBLICADOS EN EL APLICATIVO TUCI - TABLERO UNICO CONTROL INDICADORES - 2019 (julio 2019)	BANCO DE SANGRE	1
SEGUIMIENTO AUDITORIA INFORME DE GESTION PQRS - VIGENCIA 2018 (Diciembre de 2019)	ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA	3
TOTAL Observaciones y/o Hallazgos		45

Fuente: Seguimiento II PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019

- Las observaciones y/o hallazgos con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO' (45) de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP de los procesos, tres (3) Auditorias corresponden a la vigencia 2018 y diez (10) corresponden a las Auditorias elaboradas en la vigencia 2019.
- La observación y/o hallazgo: '*Se observan 18 Contratos (Órdenes de Compra y/o Ordenes de Servicio, Convenios Interadministrativos) del periodo del 2017 en auditoría realizada de las vigencias de enero 1 de 2017 a mayo 31 de 2019, que no fueron registrados en el SISTEMA ELECTRONICO DE CONTRATACION PUBLICA - SECOP I*', es acogida por los procesos de DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO y GESTION DE BIENES Y SERVICIOS. La Descripción de la Acción de Mejora en ambos PUMP de los procesos es la misma, sin embargo se registran diferentes Actividades Especificas de Mejoramiento.
- De las observaciones y/o hallazgos con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO trece (13) corresponden a Auditorías realizadas en la vigencia 2018 y treinta y dos (32) son de las Auditorias realizadas en la vigencia 2019.
- De las observaciones y/o hallazgos con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO registradas en el seguimiento II de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019 de los procesos, cuarenta y dos (42) observaciones y/o hallazgos contienen acciones de mejora, y registran cuarenta y nueve (49) actividades especificas de mejoramiento; las tres (3) restantes acciones de mejora registran N/A.
- El resultado de las observaciones y/o hallazgos con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO en el seguimiento II de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019 realizado por la oficina de Planeación y Garantía de la calidad reconoce el siguiente resultado y/o avance:

ESTADO	NUMERO DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE	PORCENTAJE
--------	--------------------------------------	------------

	MEJORAMIENTO	
Completo	39	79.59%
Atrasado	8	16.33%
No Iniciado	2	4.08%

- Los procesos de ESTERILIZACION, GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA, FACTURACION Y RECAUDO, GESTION DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA, DESARROLLO DE SERVICIOS, INVESTIGACION, DOCENCIA, APOYO DIAGNOSTICO, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA, ATENCION AL PACIENTE DE URGENCIAS, ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO y AUDITORIA Y CONTROL no registran observación, hallazgo y/o no conformidad con fuente 'AUDITORIA CONTROL INTERNO'.

SEGUIMIENTO A RECOMENDACIONES

Verificadas cada una de las recomendaciones del Informe de Seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente GESTION DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP 2018, presentado en Diciembre 12 de 2018 radicado 2018110014709-1 y los soportes documentales para la elaboración del presente informe de Auditoria, se observa que se han realizado actividades y/o acciones para cumplir las recomendaciones , sin embargo continúan vigentes las siguientes:

RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO	OBSERVACIÓN
Se recomienda revisar los contenidos, los cronogramas y periodos de elaboración y publicación de los planes únicos de mejora por proceso - PUMP 2018, los seguimientos y los mapas de riesgos, junto con la metodología establecida y alineada a los mapas de riesgos del mapa de procesos aprobado por acto administrativo de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.	Continua Vigente
Publicar todos los mapas de riesgo por procesos 2018.	
Plasmar las actividades de mejoramiento en los planes únicos de mejora por proceso - PUMP 2018 de cada proceso concatenados con los riesgos identificados en los mapas de riesgos de los procesos.	Continua Vigente
Es necesario que se publiquen, conozcan, socialicen e implementen las metodologías existentes para cada uno de los documentos publicados en la Intranet. y/o sitio WEB	Continua Vigente



Fuente: Seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente GESTION DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP 2018

CONCLUSIONES

- ▽ El 48.15% de los procesos de la E.S.E. han acogido dentro de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019, las observaciones y/o hallazgos con fuente 'AUDITORIA CONTROL INTERNO'.
- ▽ Del Total de doscientos cincuenta y cinco (255) Observaciones y/o hallazgos evidenciados en la Auditorías realizadas en la vigencia 2018, solamente se registraron 13 en los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019.
Del Total de doscientos treinta y cuatro (234) Observaciones y/o hallazgos evidenciados en veintiuna (21) Auditorías realizadas por Control Interno en la vigencia 201, se registraron 32 en los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019 de los procesos de la E.S.E.
- ▽ Lo que indica que de las observaciones y/o hallazgos de la vigencia 2018 el 5.10% tienen acciones de mejora y actividades específicas de mejoramiento y de la vigencia 2019 el 13.68% tienen acciones de mejora y actividades específicas en los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP 2019 por procesos.
- ▽ En el aplicativo ALMERA no se evidencia la publicación de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP vigencia 2020.

RECOMENDACIONES

Se reiteran las recomendaciones generadas en el Seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente GESTION DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA del Plan Único de Mejora por proceso – PUMP 2018.

Conforme la Contraloría de Cundinamarca estableció debilidades en el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento, se recomienda incluir en los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP todas las observaciones y/o hallazgos con fuente AUDITORIA CONTROL INTERNO'.

Se recomienda que Todas los hallazgos del Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca deberán ser parte integral de los PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO – PUMP vigencia 2020.


YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Control Interno
Bogotá, mayo 28 de 2020


MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

ANEXO No. 1

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	Se observan 18 Contratos (Órdenes de Compra y/o Ordenes de Servicio, Convenios Interadministrativos) del periodo del 2017 en auditoría realizada de las vigencias de enero 1 de 2017 a mayo 31 de 2019, que no fueron registrados en el SISTEMA ELECTRONICO DE CONTRATACION PUBLICA - SECOP I.	7. Publicar las órdenes de compras y/o servicio proveniente de Contratación directa celebradas en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. En el SECOP I	9. Realizar la publicación de órdenes de compras y/o servicio proveniente de Contratación directa celebrados en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. En el SECOP I	CERRADA	COMPLETO	100%
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	Ninguno de los contratos registrados y rendidos se cumple con lo establecido en la Matriz de Legalidad del SIA OBSERVA.	8. Cumplir con la publicación en el SIA Observa de acuerdo a la matriz de legalidad	10. Verificar mediante base de datos en Excel, el cumplimiento de matriz de legalidad de los contratos cargados a SIA Observa	CERRADA	COMPLETO	100%

Nov

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	<p>El procedimiento en cada una de sus actividades debe ser una herramienta de comunicación de aplicabilidad entre las áreas y/o servicios y la dirección administrativa y científica para ser voceros de lo comunicado. El control de cambios registra que el procedimiento "entrega de turno administrativo" código de documento 02DE11-V1 viene de ajustar y actualizar el documento a la caracterización de procesos (anterior documento 02GE01-V1), sin embargo se observa que en las vigencias anteriores (2013 a 2016) el procedimiento se denominaba "Entrega de Turno Asistencial - Administrativo" e identificado con código 02GE02-V3, elaborado y aprobado en el mes de marzo de 2011, vinculado al proceso de Direccionamiento Estratégico. El mismo procedimiento en la actividad 2 registra cini responsables cargos que en la planta de personal no se evidencian, tales como coordinador de referencia y contra referencia, coordinador de hospitalización, coordinadores de apoyo diagnóstico y terapéutico. El mismo procedimiento no contiene interface(s) o vínculos con algún proceso y/o procedimiento institucional. No se encuentran determinados los riesgos del procedimiento... Al finalizar el presente informe se evidencia que en la INTRANET y con fechas 15/02/2018, 20/02/2018 y 21/02/2018 los formatos han sido sustuidos así: El 05GE01 - Formato de entrega turno asistencia-administrativo urgencias, ha sido cambiado pro el formato 05DE24-V1. El 05GE02 - Formato de entrega turno asistencial. Salas de cirugía, ha sido cambiado por el 05DE22-V1. El 05GE03 - Formato de entrega turno asistencia - consulta externa, ha sido</p>	9. Realizar revisión y ajuste del procedimiento Entrega de turno Administrativo.	<p>11. Ajustar el procedimiento Entrega de Turno Administrativo Código 02DE11 12. Actualizar formatos que se encuentran referenciados en el procedimiento Entrega de Turno Administrativo. 13. Socializar el procedimiento actualizado al personal que asiste a la entrega de turno Administrativo</p>	CERRADA	COMPLETO	100%

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	<p>cambiado por el formato 05DE21-V1.</p> <p>El 05GE06 - Formato de entrega turno asistencia - referencia y contrareferencia, ha sido cambiado por el 05DE23-V1.</p> <p>El 05GE07 - Formato de entrega turno asistencial - glosas y objeciones, ha sido sustituido por el formato 05DE25-V1.</p> <p>El 05GE11 - Formato de entrega turno asistencial - trabajo social, ha sido sustituido por el 05DE27-V1.</p> <p>De la misma forma se observa que el formato 05GE05-V3 - Listada de asistencia entrega de turno asistencial administrativo ha sido cambiado el 21/02/2018, por el formato 05DE26-V1 - Entrega de turno administrativo asistencial. Al verificar el formato se evidencia que han sido excluidas del formato las áreas y/o servicios de: Compras, bienes y suministros. Contratos y mercadeo. Desarrollo humano. Educación médica personal. Hospitalización. Y se han incorporado las áreas y/o servicios de Control interno y Endocrinología.</p> <p>De lo anterior no se evidencia documentalmente la justificación y los criterios tenidos en cuenta para estos cambios; de la misma forma se advierte que el procedimiento del cual hacen parte (5 - detalle de registros) los formatos no registran ninguna modificación y/o cambio.</p>					
DIRECCION NAMIEN O ESTRATEGICO	<p>El promedio anual de la asistencia del turno asistencial - administrativo y/o procedimiento administrativo se registra entre el 56.9% (año 2013) 51.2% (año 2016), su comportamiento oscila dentro de 6 puntos porcentuales. El listado no reporta asistencia a la entrega de turno administrativo e indicador=0 de: Desarrollo Humano, personal, educación médica, neumología, neurología,</p>	10. Asistir a la entrega de Turno Administrativo, teniendo en cuenta lo descrito en el procedimiento.	14. Oficiar a cada uno de los responsables de los procesos para que asistan a la entrega de turno administrativo de acuerdo al procedimiento 02DE11.	CERRADA	COMPLETO	100%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	otorrinolaringología, patología, UCI neonatal.					
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	El promedio anual de respuesta a las observaciones y/o requerimientos y/o novedades e información sobre necesidades de las áreas y/o servicios en los formatos establecidos es del 25%, según lo que establece el procedimiento.	11. Asegurar que se registre la gestión realizada en la entrega de turno	15. Verificar en la siguiente entrega de turno la gestión realizada y registrarla en el informe	CERRADA	COMPLETO	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Los resultados esperados de los programas de ahorro y uso de energía y ahorro y uso eficiente de agua no se cumplen y sobrepasan lo establecido en las metas, en los periodos enero junio 2016 y enero – junio 2017	12. Establecer actividades que conduzcan al ahorro de energía, agua y nos lleven a un mejor uso de los recursos en el hospital.	16. Cambio de luminarias antiguas por luz led como lo exige la normatividad vigente, inicialmente en los servicios de urgencias, cardiología-consulta externa, sala de partos y hospitalización.	CERRADA	COMPLETO	100%
			17. Instalación de sensores y/o fotoceldas en los baños públicos, en el sótano, segundo, tercer y cuarto piso.	CERRADA	COMPLETO	100%
			18. Instalación de lavamanos con sensores ahorradores de agua, lo cual permitirá que el lavado sea accionado en el momento que se active el sistema. Serán instalados en la UCI, neonatos, sala de cirugía, baños públicos del sótano, segundo, tercero y cuarto piso.	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE LA CALIDAD	Se recomienda que la gestión ambiental y la gestión integral de residuos hospitalarios y similares este bajo el liderazgo de la Dirección Administrativa y su operatividad este dentro del proceso de Hotelería Hospitalaria.	N/A	N/A			

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERR E DE CICLO	ESTADO	PORCEN TAJE DE AVANCE
GESTION DE LA CALIDAD	"En la elaboración del presente informe de la Unidad Funcional Zipaquirá y centros de salud se observó la contratación para los residuos biológicos, en el manejo de otros residuos no se observa información alguna."	25. Se realizara un convenio con la empresa recolectora de residuos sólidos reciclables para que realice estas recolección también en las Unidades Funcionales de Zipaquirá y se tendrán copia trimestrales de la información de Gestión Ambiental	31. Realizar la vinculación contractual a través de convenio con la empresa recolectora de residuos reciclables, Peligrosos Administrativos y RAES de sede Bogotá, para que realice la recolección de dicho material en las Unidades Funcionales del E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana 32. Solicitar trimestralmente la información pertinente de la Gestión Ambiental de la Unidad Funcional de Zipaquirá para tener soporte de la Gestión de los Residuos	CERR ADA	COMP LETO	100%

NDL



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DE LA CALIDAD	<p>La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana – Bogotá produce:</p> <ul style="list-style-type: none"> Residuos ordinarios De riesgo infeccioso y/o Biológico - Biológicos -anatomopatológicos, cortopunzantes, Residuos químicos Residuos reciclables cartón, periódico, bolsa de suero -PVC, archivo, aluminio, vidrio transparente y otros. Residuos peligrosos Administrativos como pilas, cartuchos y tóner, luminarias y balastos, tarros de pintura, elementos contaminados con sustancias con características de peligrosidad, Emisiones atmosféricas <p>En algunos de estos elementos y residuos se observó la ausencia de procedimiento, protocolos, guías, instructivos y trazabilidad para el tratamiento desde su generación en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>Tampoco se encontró mapa y/o protocolo alguno en el que la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana pueda visibilizar y establecer la ruta de la totalidad de los residuos. Principalmente de los reciclables, peligrosos Administrativos como pilas, cartuchos y tóner, luminarias y balastos, tarros de pintura, elementos contaminados con sustancias con características de peligrosidad</p>	<p>26. Actualizar en el Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios donde se incluyan en la recolección, almacenamiento y disposición final de todos los residuos administrativos peligrosos, RAEE, y residuos postconsumo que se generan dentro del Hospital</p>	<p>33. Realizar protocolo o actualización del PGRHYS donde se detalle el proceso con los residuos peligrosos y administrativos y RAEE</p>	CERRADA	COMPLETO	100%

02/21



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DE LA CALIDAD	<p>Administrativamente se vienen realizando actividades para el destino final de los residuos, sin embargo no se evidencio la trazabilidad de cada uno de ellos, principalmente de los elementos reciclables ya que los documentos suministrados, son certificaciones y constancias aisladas, algunas de las vigencias 2015 y 2016, sin soporte legal y de trazabilidad para la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.</p> <p>En cuanto a los residuos de tóner, cartuchos, tintas de impresión, aceites, pilas, baterías, bombillos, luminarias, balastos, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos – RAEEs, PC e impresoras, entre otros, se observan algunas constancias y certificaciones de entrega (algunas de ellas de 2015 y 2016),</p> <p>La E.S.E. Hospital Universitario de la samaritana registra dentro de sus archivos y/o contratos los documentos soportes de las licencias ambientales y disposición de residuos de manera parcial.</p>	<p>27, Incluir dentro de los documentos legales soportes normativos que garanticen el desarrollo de las actividades para las cuales se establece el vínculo contractual para el reciclaje.</p> <p>28, Evaluar las mejores alternativas de planes pos-consumo y en caso de no existir para el residuo definido gestionar el pago de los mismos a través de ente autorizado.</p> <p>29, Formalizar el inicio del trámite y su trazabilidad para los residuos recolectados en periodos bastante largos a través del Documento PGIRSHYS.</p>	<p>34. Actualizar el documento 01GC06-V1 incluyendo el manejo de residuos peligrosos administrativos, RAEE, y demás elementos de postconsumo que se puedan generar dentro de la institución</p>	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE LA CALIDAD	<p>En el desarrollo de la Auditoria no se observa vinculo contractual con las empresas y persona natural: GESECOL –Gestión Ecológica de Residuos NIT 900573288-7; ECORENUEVA SAS NIT. 900527331-0; GAIA VITARE S.A.S.; SYRTECT LTDA.; ANA RODRIGUEZ LEGUIZAMON cedula de ciudadanía 52.635.909; estas empresas registran actas, constancia en el manejo de residuos</p>	<p>30. Fortalecer la relación contractual con las empresas de recolección de residuos a través de convenios institucionales</p>	<p>35. Cuando sea posible Mantener actualizadas las certificaciones que se generan en el tratamiento y/o disposición final de los residuos.</p>	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE LA CALIDAD	<p>Actividad 5 seleccionar, pesar y retirar el material para reciclaje. Aun cuando la actividad se realiza se presenta una brecha en cuanto a la cantidad de kilogramos generados y la cantidad de kilogramos clasificados como reciclaje en el momento de retirar el material</p>	<p>31. Fortalecer la educación de segregación de residuos mediante de capacitaciones mas dinámica, que involucren</p>	<p>36. Generar una articulación documentada a través de los programas posconsumos sin comprometer</p>	CERRADA	COMPLETO	100%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	reciclable, solamente es retirado el 49.43% de los residuos generados como reciclaje. Lo que indica que no se realiza adecuadamente la clasificación y/o selección desde su generación.	directamente el a los colaboradores y pacientes.	organizaciones en áreas del no favorecimiento a través de la descripción de las actividades de planes posconsumo.			
GESTION DE LA CALIDAD	Los indicadores registrados en el numeral 8 (resultados esperados) de los programas publicados en la Intranet, deberán ser la plataforma para la ejecución de la gestión ambiental y PGIRHS	32. Fortalecer los indicadores y formalizar su cultura de reporte a través del TUCI de acuerdo a las directrices establecidas por el coordinador de la herramienta.	37. Reportar mensualmente involucrando las unidades de valor relativo (producción) para mantener un sistema totalmente activo, dinámico y eficiente.	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE LA CALIDAD	Los valores recibidos por la venta de reciclaje y los estudios previos de la ESE de fecha 26 de noviembre de 2018 presentan los mismos valores; realizada la comparación con los valores del mercado determinados por el Hospital Militar Central se observa que los valores de venta del material reciclable están por debajo de los valores de mercados de la entidad referenciada en el 38% en promedio	33. Iniciar proceso de contratación con valores base y poner en competencia para garantizar un mejor ingreso por un año a través de contrato.	38. Relacionar en los estudios previos los valores y precios percibidos de acuerdo a actualización de precios y generar proceso de contratación	ABIERTA	ATRASADO	50%
GESTION DE LA CALIDAD	La gestión integral de residuos hospitalarios y similares no evidencia la inclusión de la Unidad Funcional Zipaquirá	34. Formulación e implementación de Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Unidad Funcional de Zipaquirá	39. Realizar levantamiento de la información para la formulación de programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios 40. Especificar todos requerimientos normativos en la Formulación de Plan 41. Publicación del Programa en la Intranet del HUS	CERRADA	COMPLETO	100%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Se deben ejecutar las conciliaciones entre la subdirección de sistemas y los responsables del módulo de activos	1. Realizar conciliación de la información del inventario de equipo informático de sistemas con el módulo de activos fijos	1. Realizar la conciliación del inventario de Hardware y Software con el líder de Activos fijos	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTIÓN JURÍDICA	(CONTROL INTERNO CONTABLE) Se recomienda: solicitar que la metodología de los procesos y procedimientos cuenten con interfaces, flujogramas u otro mecanismo, en los procedimientos del proceso que interactúan, generan interfaces, enlaces, conectores y vínculos desde la generación del hecho económico, transacción y/o operación hasta su transformación, ya que es el medio que conecta todos los insumos conforme a los criterios de reconocimiento, medición y revelación de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana hasta la generación de un producto óptimo para la gestión de la entidad, la estandarización de procesos lleva a la reducción de las pérdidas, la formación de la cultura y el aumento de la transparencia.	5. Actualizar los procedimientos en los que se identifique las interfaces con el área financiera para el pago de la acreencia producto de un fallo judicial, sanción, multa u otro.	1. Actualizar los procedimientos que requieren la interface con el área financiera. 2. Socialización al área jurídica y financiera de los procedimientos actualizados.		NO INICIADO	0%

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	(INFORME DE AUDITORIA ENTREGA DE TURNO ASISTENCIAL) Realizar recomendación jurídica a la dirección administrativa para ajustar la siguiente actividad de procedimiento de entrega de turno: " la inasistencia mensual al 15% de las sesiones de entrega de turno por parte de un servicio o especialidad generará un llamado de atención o una sanción de acuerdo al tipo de vinculación". Ajustar toda vez dando cumplimiento a la normatividad según el caso	6. Concepto con recomendación jurídica a la Dirección Administrativa para ajustar la siguiente actividad de procedimiento de entrega de turno: " la inasistencia mensual al 15% de las sesiones de entrega de turno por parte de un servicio o especialidad generará un llamado de atención o una sanción de acuerdo al tipo de vinculación".	1. Definir según el tipo de vinculación el mecanismo de llamado de atención o sanción ante el incumplimiento de la asistencia a la entrega de turno asistencial. 2. Remisión del Concepto con recomendación jurídica a la Dirección Administrativa.	CERRADA	COMPLETO	100%
	(AUDITORIA LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO DE LA INFORMACION PUBLICA EN LA E.S.E. HUS) Conforme lo establece el decreto 0103 de enero de 2015 en el título IV - <i>Gestión de la información clasificada y reservada</i> y el título V - <i>Instrumentos de la Gestión de Información pública, capítulo II - Índice de información clasificada y reservada</i> , la E.S.E. Deberá revisar a profundidad la custodia de las historias clínicas y se determine con el área de jurídica/estadística y científica los parámetros para la entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores.	7. Revisar y actualizar los parámetros de entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores.	1. Encontrar el sustento normativo para el acceso a la información contenida en la historia clínica a las EPS y sus auditores. 2. Definir los parámetros para la entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores. 3. expedir Acto Administrativo en el que se definan los parámetros para la entrega de información de historias clínicas a las EPS y sus auditores.	CERRADA	COMPLETO	100%

del



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
HOTELERIA HOSPITALARIA	La empresa Limpieza Institucional LASU S.A.S, dentro de los contratos (N° 119 y 120 de 2017 y 172 de 2018) en la cláusula segunda establece obligaciones, que no se observaron en la presente verificación, en cuanto a presentar mensualmente el cronograma de capacitaciones (procedimientos de limpieza y desinfección de áreas hospitalarias, manejo integral de residuos, manejo de insumos, entre otros), sin excepción y una vez realizadas dichas jornadas debe presentar soportes de la evaluación y medición de la adherencia del personal a los procesos y/o procedimientos establecidos por la institución (incluyendo unidades funcionales).	N/A	N/A			
	En el informe de Auditoría Evaluación de Gestión en el capítulo 5. Monitoreo y análisis" se describe "La información registrada para el monitoreo de los indicadores y el análisis, teniendo en cuenta las variables, frecuencia, la unidad de medida, la tendencia y la meta, registra en la siguiente tabla para cada uno de ellos...": <u>el indicador 1754 en la vigencia 2017, 2018, y para el 2019 su resultado es parcial...</u> ; luego describe: "OPORTUNIDAD DE ENTREGA EL LA ROPA ADICIONAL HOSPITALARIA. <u>Con tendencia establecida "decreciente", en el 2017 la oportunidad fue de siete (7) minutos, en el 2018 de nueve (9) minutos, su tendencia fue creciente, la meta es de 3 minutos"</u>	N/A	N/A			
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	La identificación completa, el registro de todos los hechos contables, la oportunidad y la clasificación de todos los hechos contables, financieros, económicos, sociales y ambientales y principalmente lo que corresponde al	1. Levantamiento del inventario físico y de avalúo comercial de los bienes inmuebles, muebles, equipos y vehículos.	1. Levantar el inventario total de los bienes tecnológicos. 2. Instalar plaquetas de identificación de los bienes.	CERRADA	COMPLETO	100%

mon



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	grupo 16 – Propiedad Planta y equipos.	2. Actualizar la información del inventario en el sistema de Dinámica Gerencial.	3. Dar de baja a los bienes inservibles 4. Actualizar el inventario físico real en el módulo de activos fijo de Dinámica Gerencial	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	La toma física de los inventarios de los activos de Propiedad Planta y equipo además de contar con los procedimientos correspondientes detallados de las actividades realizadas en cada vigencia.	1. Actualizar en el Modulo de Activos Fijos - Dinámica Gerencial, la cuenta de intangibles de licencias activas frente a las caducadas	1. Conciliar las licencias de bienes intangibles con la Subdirección de Sistemas vs Modulo de activos fijos en Dinámica Gerencial 2. Generar el Acto administrativo (Resolución de las bajas identificadas)	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	El establecimiento del formato único de control de bienes, propiedad planta y equipos con la asignación (la identificación el plaqueteo y/o replaqueteo) del responsable (funcionario público y contratistas) de cada uno de los activos fijos de la entidad. Para la Unidad funcional de Zipaquirá se designe a un funcionario de planta de la entidad con el perfil para la administración de los bienes, propiedad, planta y equipo. Cada funcionario público en el ejercicio del autocontrol debe ser responsable de los bienes públicos que tiene en uso, por lo que debe responsabilizarse mediante documento del uso de los bienes a su cargo. Y a la responsabilidad de los bienes públicos en cabeza de las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidisciplinarios.	1. Formalizar a través de actas de inventario personalizado la relación de bienes a cargo de cada responsable.	1. Elaborar Circular frente a los lineamientos y procedimientos para el levantamiento de inventario físico de Bienes, Muebles e Inmuebles. 2. Socializar la circular mediante correo Institucional y Orfeo.	CERRADA	COMPLETO	100%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Cada funcionario público en el ejercicio del autocontrol debe ser responsable de los bienes públicos que tiene en uso, por lo que debe responsabilizarse mediante documento del uso de los bienes a su cargo. Y a la responsabilidad de los bienes públicos en cabeza de las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidisciplinarios.	1. Crear conciencia a través de sensibilizaciones y socializaciones a los colaboradores del HUS, frente a la importancia de cuidar los bienes a cargo. 2. Realizar seguimiento a los contratos con las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidisciplinarios donde se estipule la cláusula de responsabilidad de los bienes a cargo de los colaboradores	1. Realizar la socialización de los formatos de responsabilidad en el control de activos a todos los colaboradores del HUS. 2. Entregar el inventario mediante actas de activos fijos a todos los colaboradores del HUS	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Se evidencia de forma parcial y/o ausencia de hechos, transacciones y operaciones en las cuentas de orden, algunas de ellas: procesos de responsabilidad en cabeza de funcionario(s) y/o servidor(es) público(s), inventario de obsoletos de Bogotá y Zipaquirá, bienes entregados en custodia y/o terceros y bienes recibidos en garantía.	1. Continuar con la actualización de inventarios e identificación de responsables en el módulo de activos fijos del sistema Dinámica Gerencial	1. Consolidar la información del inventario de activos fijos en la matriz (tabla del módulo de activos fijos) de Dinámica Gerencial (DGH)	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Se observa de manera general, no individualizados los registros de bienes, muebles y equipos recibidos y/o entregados.	1. Realizar el reporte del inventario individualizados en el sistema Dinámica Gerencial	1. Entregar el acta de inventario personalizado a los colaboradores del HUS	CERRADA	COMPLETO	100%

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Establecer una directriz que establezca la realización periódicamente de las conciliaciones y cruces de saldos entre cuentas, ya que ellas permiten verificar y comprobar que los registros contables se realicen en forma adecuada con los valores monetarios correctos y conciliados. (Sobretudo el almacén general no se evidencia conciliación activos fijos).	1. Conciliar la cuentas contables, actualizando la información del módulo de activos fijos en DGH	1. Realizar las conciliaciones contables con el módulo de activos fijos de manera periódica.	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Se observan 18 Contratos (Órdenes de Compra y/o Ordenes de Servicio, Convenios Inter administrativos) del periodo del 2017 en auditoria realizada de las vigencias de enero 1 de 2017 a mayo 31 de 2019, que no fueron registrados en el SISTEMA ELECTRÓNICO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA - SECOP I.	1. Publicación de los contratos y órdenes de compras y/o servicio proveniente de Contratación directa celebrados en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana. En el SECOP I	1. Cumplir con lo estipulado en el procedimiento 02DE16	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	En los meses de Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo del 2019 no se registró ni rindió en el Aplicativo SIA OBSERVA Ninguna de las actas de adición de los Contratos.	1. Solicitar a la Contraloría de Cundinamarca, la habilitación para Publicación de Novedades y generar soportes que evidencien la gestión de la entidad	1. Enviar Oficio a la Contraloría de Cundinamarca, Solicitando habilitar permiso para Publicación de Novedades.	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DE BIENES Y SERVICIOS	Ninguno de los contratos registrados y rendidos se cumple con lo establecido en la Matriz de Legalidad del SIA OBSERVA.	1. Cumplir con la publicación en el SIA de acuerdo a la matriz de legalidad	1. Verificación, Seguimiento a cada uno de los Contratos del HUS 2. Capacitaciones a los líderes de los procesos y supervisores	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Se debe elaborar un informe sobre el análisis realizado a las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa que sirva de insumo para: detectar riesgos, necesidades de personal, necesidades de capacitación etc.,	6. Analizar las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa	13. Elaborar análisis de las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa, que sirva como soporte de apoyo diagnóstico.	CERRADA	COMPLETO	100%

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION DEL TALENTO HUMANO	La prima de vacaciones y la bonificación especial de recreación que en las variaciones a junio de 2016 y a junio de 2017 decrecieron en dos puntos, para la variación e a junio 2017 y a junio de 2018 crecen más que proporcional a lo establecido, en el 29% y 31%. En respuesta a la preguntado a por esta oficina respecto a que acumulen vacaciones para luego pagárselas en el último periodo resultando más oneroso para la E.S.E., la Directora de Personal respondió: 'Los subdirectores operativos en su mayoría no tienen periodos de vacaciones acumulados, para el caso específico de Ingeniero Alfredo Téllez – Subdirector operativo de Sistemas tiene a la fecha periodos de vacaciones , dado que al momento en que se ha dispuesto para tomar el disfrute de sus vacaciones se han presentado situaciones en el Hospital donde el soporte técnico de sistemas ha sido fundamental, dado que en este cargo recae conocimiento e información indispensable para superar los impases que a nivel tecnológico se presente. Para el caso particular del Doctor Jesús Alfonso Cruza Vargas – Subdirector Operativo de la Subdirección de Cirugía General, por ser líder de un servicio asistencial tan vital para el Hospital, el Dr. Cruz ha tenido que aplazar el disfrute de sus vacaciones.....'	Analizar las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa	1. Circular reglamentaria de obligatorio disfrute del periodo de vacaciones causado 2. Socialización de circular a todo el personal de la planta de personal	CERRADA	COMPLETO	100%

22


PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION FINANCIERA	En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda: En la vigencia 2018 no se advirtió asesoría por parte de la oficina de Planeación y Garantía de la calidad en mecanismos de identificación y monitoreo de los riesgos de índole contable, se observan actas, mas no se cuenta con mecanismos y/o metodologías de identificación documentadas o acto administrativo de adherencia. 30,1 El tratamiento de los riesgos de índole contable es generado por la Dirección Financiera, por consenso general efectúa la evaluación y seguimiento sin directriz, metodología o protocolo establecido por la oficina responsable de la gestión del riesgo. Los riesgos identificados contienen controles mínimos, en caso de materializarse no permiten mitigar o neutralizar el impacto. 30,4 La dirección Financiera ha avanzado en lo referente a riesgos y controles, se requiere hacer énfasis en que los hechos económicos provienen de varias fuentes por lo que es indispensable establecer un flujograma, o un mapa conceptual o cualquier otro mecanismo desde cada uno de los procesos involucrados.	1. Identificar, Analizar y Valorar los riesgos del proceso de gestión financiera que se derivan de cada uno de las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman Tesorería, Presupuesto, Costos, Cuentas por Pagar y Contabilidad.	1. Identificar, analizar y valor los riesgos del proceso de gestión financiera e incluirlos dentro de la matriz de riesgo del proceso. 2. Si se materializara algún riesgo identificado elaborar el plan de mejora correspondiente	CERRADA	COMPLETO	100%
GESTION FINANCIERA	En informe de control interno contable mediante Acta del 25 de febrero de 2019 recomienda: Se han realizado avances importantes en el establecimiento de procedimientos, planes y PUMP acordes a los objetivos institucionales y las políticas contables de la ESE, se cuenta con la caracterización del proceso de gestión financiera, procedimientos parciales y un Plan de Sostenibilidad del Sistema Contable de la ESE. Las herramientas del proceso contable se encuentran publicadas en la intranet y/o en el sitio Web de la ESE, pero aunque se ha realizado la socialización no se ha	1. Capacitar a todos los responsables de los hechos económicos según el perfil y el alcance de sus funciones.	1. Dar cumplimiento al plan interno de capacitaciones de la Dirección Financiera 2. Elaborar y socializar el flujograma componente financiero del	CERRADA	COMPLETO	100%

PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	replicado a todos los responsables de los hechos económicos ; la ESE tiene establecidos los procedimientos sin flujogramas, sin interfaces, ni puntos de control, la información circula a través del aplicativo DGH, los responsables del proceso ejercen el autocontrol e implementan los procedimientos, los planes existentes y las recomendaciones emitidas de manera parcial.					
GESTION FINANCIERA	<p>En el informe de auditoría interna de la oficina de control interno de diciembre de 2018 menciona que en lo que respecta a la Dimensión de Evaluación de resultados los indicadores de gestión que deben ser validados y brindar información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance o el logro de los objetivos y resultados esperados, la ESE ha fortalecido sus indicadores con la herramienta TUCI, sin embargo este aspecto NO SE CUMPLE a cabalidad puesto que las desviaciones se detectan cada tres meses cuando se presentan los informes de gestión sin permitir establecer acciones preventivas, correctivas o de mejora de manera inmediata.</p> <p>Por otra parte recomienda que se deban clasificar en la plataforma TUCI los indicadores financieros por cada proceso, para que los respectivos líderes de los procesos puedan conocer de su rentabilidad en tiempo real y tomar las medidas necesarias. En la plataforma el resultado de estos indicadores no corresponde a la realidad establecida por la descripción del indicador. Este hecho se verificó con los documentos soporte de los estados financieros y los resultados registrados en el TUCI</p>	1. Realizar las gestiones necesarias para la reingeniería de los indicadores en la plataforma TUCI	1. Ajustar las fichas de los indicadores de rentabilidad para el cargue en la herramienta. 2. Parametrizar los indicadores en la herramienta TUCI. 3. Ingresar datos necesarios requeridos para el cálculo del indicador. 4. Definir los responsables de los análisis de los resultados. 5. Elaborar el Informe de rentabilidad analizando las desviaciones encontradas. 6. Poner en conocimiento el informe de rentabilidad en el Comité de Sostenibilidad Contable y a la Alta Dirección para la toma de decisiones.	CERRADA	COMPLETO	100%

01/21



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
GESTION FINANCIERA	Revisar los procedimientos existentes y construir procedimientos del actuar por cada una de los servidores públicos que reciban, manejen y custodien los dineros públicos.	1. Documentar y socializar el procedimiento "Recepción manejo y custodia de dineros públicos.	1. Elaborar, publicar y socializar el procedimiento "Recepción manejo y custodia de dineros públicos. En publicación	CERRADA	COMPLETO	100%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	En el aplicativo TUCI contiene nueve (9) indicadores de la caracterización del proceso ambulatorio 75%	6. Actualizar los indicadores de la caracterización que realmente le aportan al proceso y con los nombres completos	1. Actualizar la caracterización del proceso con la normatividad vigente 2. En conjunto con la asesora de Planeación, cotejar los indicadores del TUCI con los listados en la caracterización y actualizar los nombres 3. Socializar actualización al equipo primario de mejoramiento	CERRADA	COMPLETO	100%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	Las fórmulas de indicadores y análisis no cuentan con metodologías estructuradas, registrando información incompleta.	5. Fortalecer las actividades de definición, monitoreo y seguimiento a los indicadores.	1. Registrar oportunamente la información y análisis de los indicadores	ABIERTA	ATRASADO	50%
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	No se encuentra estructuradas las actividades de capacitación realizadas a los colaboradores que hacen parte del proceso que incluya la capacitación o formación en puesto de trabajo.	6. Definir y documentar la metodología de capacitación e inducción en puestos de trabajo	1. Revisar el procedimiento institucional de inducción, reinducción en puestos de trabajo y establecer adherencia al mismo y/o documentar un protocolo interno para despliegue de las actividades. 2. Organizar carpetas de capacitación y entrenamiento en puesto de trabajo que contengan:	ABIERTA	ATRASADO	0%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
			cronograma, actas, listado de firmas, presentaciones y evaluaciones. 3. Organizar carpetas de entrenamiento en puestos de trabajo			
BANCO DE SANGRE	Ref.: Informe de auditoría evaluación de la gestión. Verificación Indicadores de la Caracterización de los Procesos e Indicadores Publicados en el Aplicativo TUCI - Tablero Único Control Indicadores. Verificando los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el aplicativo TUCI - tableta único de control de indicadores se evidencia los siguiente: Proceso Banco de Sangre: Indicadores de la Caracterización: 12 Indicadores de la Caracterización en el TUCI: 5	10. Actualización de los indicadores del proceso en la caracterización del mismo, considerando los indicadores montados en el TUCI.	1. Actualización de los indicadores del proceso en la caracterización del mismo, considerando los indicadores montados en el TUCI.		NO INICIADO	
ATENCION FARMACEUTICA	Ref.: Informe de auditoría evaluación de la gestión. Verificación Indicadores de la Caracterización de los Procesos e Indicadores Publicados en el Aplicativo TUCI - Tablero Único Control Indicadores. Verificando los indicadores de la caracterización de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en el aplicativo TUCI - tableta único de control de indicadores se evidencia los siguiente: Proceso Atención Farmacéutica: Indicadores de la Caracterización: 4 TUCI: 14 Indicadores de la Caracterización en el TUCI: 1 Observaciones: En el aplicativo TUCI se registra un (1) indicador de la caracterización (25%).	1. Actualización de los indicadores del proceso en la caracterización del mismo, considerando los indicadores montados en el TUCI.	1. Actualización de los indicadores del proceso en la caracterización del mismo, considerando los indicadores montados en el TUCI.	CERRADA	COMPLETO	100%



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	Fortalecimiento de los indicadores de gestión y resultado de las PQRSD con el fin que su análisis genere mejora permanente.	8. Realizar ajustes en el sistema de información del Proceso de Atención al Usuario y su familia en lo relacionado con la gestión de las PQRSD, que permitan la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la atención	1. Realizar el análisis trimestral de los resultados de los indicadores ya parametrizados en el TUCI con base al histórico de los resultados anteriores del histórico (años 2017, 2018) y en adelante, para el mejoramiento de la atención al Paciente y/o familia		COMPLETO	100%
			2. Definir metas para los indicadores faltantes.		ATRASADO	0%
			3. Modificar o replantear nuevos Indicadores de PQRSD previo análisis, pertinencia y/o necesidad argumentada		ATRASADO	0%
			4. Revisar y aprobar propuesta por el Líder del Proceso de Atención al Paciente y su Familia		ATRASADO	0%
			5. Parametrizar los Indicadores en el TUCI		ATRASADO	0%
			6. Tomar acciones frente a las tendencias negativas de los indicadores definidos		ATRASADO	0%
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	Se recomienda que se empiece a articular con la Oficina de Planeación y seguridad del paciente para que se haga seguimiento y trazabilidad a las PQRSD que reportan novedades de seguridad del paciente; de igual manera se debe articular el trabajo para que las PQRSD que deriven planes de mejora se incluyan las acciones de mejora en el	N/A	N/A		N/A	



PROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN, HALLAZGO Y/O NO CONFORMIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE MEJORAMIENTO	CIERRE DE CICLO	ESTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
	PUMP					
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	Se debe fortalecer el monitoreo sobre los PUMP de los procesos a su cargo (Directora de Atención al Usuario) para ello se sugiere participar avalando las acciones de mejoramiento establecidas, con el fin de asegurar que los líderes de los procesos a su cargo se comprometen con actividades viables realizables y que le apunten al cumplimiento de los objetivos del proceso y al cumplimiento de los objetivos institucionales, alineando esas actividades con los acuerdos de gestión y las funciones propias del cargo.	9. Fortalecer la formulación técnica de los PUMP para lograr el cumplimiento de los objetivos del proceso, cumplimiento de los objetivos institucionales, de las dependencias de la Dirección de Atención al Usuario y a su vez la articulación con la DAU	1. Solicitar a los Líderes de Proceso, o Subdirectores, Líderes de Proyecto la propuesta de PUMP o de acciones correctivas que serán incluidas en diferentes procesos (Urgencias, Ambulatorios, Proceso de Atención al Usuario y Su Familia, Hospitalización, etc.). 2. Revisar y analizar las propuestas presentadas. 3. Realizar ajustes de manera objetiva y con sustentación técnica 4. Avalar el PUMP o las acciones correctivas, preventivas o de mejora formuladas.		COMPLETO	100%

Fuente: Seguimiento II PLANES UNICOS DE MEJORA POR PROCESO - PUMP de la vigencia

2019

