



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Bogotá, 10 de agosto de 2020

Al contestar por favor cite:2020110007706-1



05QIS15 - V4 Página 1 de 2

Doctora
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Director Científico
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA
Director Administrativo
JOSE JAIME PINZON RIAÑO
Director Financiero
NUBIA GUERRERO PRECIADO
Director Atención al Usuario
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO
Director Zipaquirá
ANA CAROLINA SERNA
Coordinador Unidad Funcional Zipaquirá
NEIDY TINJACA RUEDA
Jefe Oficina Asesora Jurídica
VIVIAN CASTAÑEDA S.
Jefe Oficina Asesora de Planeación
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Plan de Mejoramiento Contraloría vigencia 2018 -

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 2020.

En el informe se evidencia que a la fecha de corte del informe de Auditoría se encontraban en el aplicativo ALMERA, dentro de los planes de mejora de los procesos quinientos ochenta y dos (582) hallazgos y setenta (70) observaciones como producto de los informes de Auditoría Interna Independiente, realizada por la Oficina de Control Interno; todos los hallazgos y observaciones se encuentran en estado ENVIADO, sin ningún avance en la generación de acciones de mejora para subsanarlos.

Por lo que se invita a los responsables a generar las acciones correspondientes para el avance y cumplimiento de la estrategia y/o actividades de: 'Fortalecer el cumplimiento del procedimiento de formulación, seguimiento y cierre de plan único de mejora por procesos', (hallazgo No. 8 de la Auditoría Integral



Carrera 8 No. 6 - 29 Sur. Tels. 4073075

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite: 2020110007706-1



05GIS15 - V4 Página 2 de 2

de la Contraloría de Cundinamarca vigencia 2018), y el seguimiento a la Oficina de Planeación y Garantía de la calidad, conforme lo indica el procedimiento

Nota: Anexo 22 folios.

Atentamente,

YETICA JHASVELL HERNANDEZ ARIZA
Jefe de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



Carepa 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 2020**

OBJETIVO

Realizar seguimiento al avance de la Estrategia¹ y actividades² correspondientes al Hallazgo No. 8 del 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 la aprobación de la Estrategia y las actividades reconocidas para dar cumplimiento al hallazgo ocho (8) del Plan de mejoramientos 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, suscrito con el ente de Control, hasta la ejecución y cumplimiento de las actividades, cuyo responsable es el jefe de la Oficina de Control Interno.

JUSTIFICACION

Dado el hallazgo³ 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 aprobado por el ente de Control, para lo cual se ejecutan las actividades allí establecidas.

METODOLOGIA

Basados en la Estrategia y las Actividad No. 1 del Hallazgo No. 8 establecida en el Plan de mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, de la vigencia 2018, el procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y

¹ Fortalecer el cumplimiento del procedimiento de formulación, seguimiento y cierre de plan único de mejora por procesos. Según el procedimiento la elaboración corresponde a los líderes de los procesos, y el seguimiento a la oficina de planeación.

² 1. Verificar cada 3 meses la publicación de los planes de mejoramiento producto de las auditorias realizadas por control interno.

2. Informar a la Gerencia y la oficina de planeación y calidad cada 3 meses el avance del cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de las auditorias realizadas por la oficina de Control Interno.

³ Hallazgo No. 8. SISTEMA DE CONTROL INTERNO – AUDITORIAS INTERNAS Y SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP con código de documento 02GC03-actividades Nos. 1, 7 y 8 '*Identificar los aspectos a mejorar*' '*Describir las acciones de mejora priorizadas*', '*Enviar planes de mejora a la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad*' son cotejadas con los registros de cada uno de los procesos, del aplicativo ALMERA, con lo resultados obtenidos se desarrolla el segundo informe de las acciones de mejora, producto de las recomendaciones de las Auditorías de Control Interno.

BASE LEGAL

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

El procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP - código de documento 02GC03-V5, elaborado y aprobado el 20/04/2019, aplicado a *todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus Unidades Funcionales*'; En el numeral 7. '*Descripción de Actividades*', establece:

Actividad No. 1 '*Identificar los aspectos a mejorar*'

Responsable: '*Directores, subdirectores y/o 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.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- 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 antes de control tales como.....

Principales fuentes de los Hallazgos: Resultados de la Revisión Gerencial, Auditoría Interna de Calidad (Habilitación, gestión Ambiental, Gestión en Salud y Seguridad en el Trabajo, gestión del Riesgo, Seguridad el paciente), **Auditoría de Control Interno**, Auditoría Externa ISO 9001 2015, INVIMA, EAPB, antes de Inspección, Vigilancia y Control, (Secretaría 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.

...

Actividad No. 7 '**Describir las acciones de mejora priorizadas**'

Responsable: '*Subdirectores y/o líderes de proceso*'

Descripción: Definir las actividades específicas que se llevaran a cabo para dar cumplimiento a la acción de Mejora propuesta y cerrar la brecha, teniendo en cuenta como mínimo dos (2) de las siguientes Áreas de intervención Las cuales están alineadas con el ciclo PHVA⁴ y el DDIMM⁵

Actividad No. 8 '*Enviar planes de mejora a la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad*'.

Responsable: '*Subdirectores y/o líderes de proceso*'

Descripción: Una vez definidas las acciones de mejora a implementar, se debe enviar la información al profesional de Planeación, para su revisión y posterior envío al técnico de planeación, con el objetivo de que sea publicado en la Intranet del Hospital.

La única persona que puede hacer modificaciones en la Intranet del Hospital en el apartado de la pirámide documental del Hospital es el Técnico de Planeación con el objetivo de que no se realicen modificaciones no autorizadas a la documentación.

VERIFICACION PLANES DE MEJORAMIENTO

Basados en la Verificación y cotejo de los Planes de Mejora en el aplicativo ALMERA, de los veintisiete (27) procesos establecidos de 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 DE MEJORA del aplicativo ALMERA se encuentran parametrizados como **sistemas de referencia**⁶, los siguientes:

⁴ PHVA Planear, Hacer, Verificar y Actuar

⁵ DDIMM: Documentado Desplegado, Implementado, Medido, Mejorado.

⁶ Un sistema de referencia es un conjunto de convenciones usado por un observador para poder medir la posición y otras magnitudes físicas de un sistema físico y de mecánica. (Definición tomada de Internet)



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- o Control Interno
- o NTC ISO 9001:2015
- o Programa de Auditoria Para el mejoramiento y
- o Plan Único de mejora por proceso – PUMP

Por lo que el concepto establecido en los PLANES DE MEJORA, en la parametrización del aplicativo ALMERA, como 'sistema de referencia' tiene como uno de sus elementos a los Planes Únicos de Mejora por Proceso – PUMP, por lo que en él, no se incorporan las acciones de mejora identificadas en el periodo, conforme lo establece la actividad No. 1 del procedimiento FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP.

Una vez verificada la información proveniente de los 27 procesos, con corte a 22 de julio de 2020, se obtienen los siguientes indicadores:

SISTEMA DE REFERENCIA	(HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES Y/O OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O NO CONFORMIDADES)	
	NUMERO	PORCENTAJE
CONTROL INTERNO	852	47,18%
NTC ISO 9001:2015	4	0,29%
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO	340	24,60%
PUMP	386	27,93%
TOTAL	1382⁷	

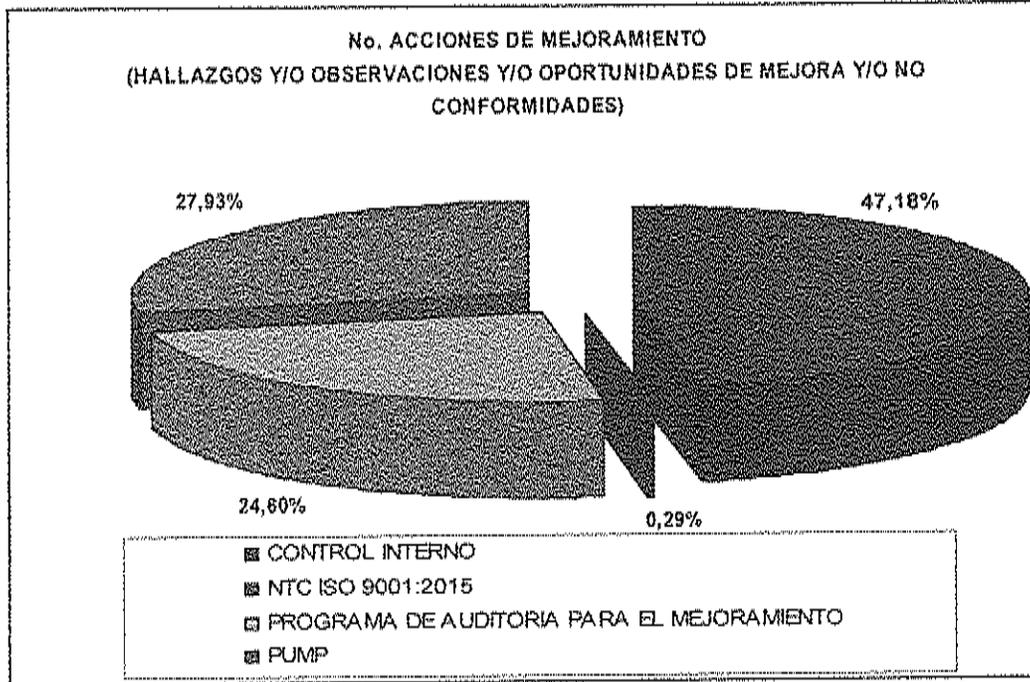
Fuente: Planes de Mejora –Aplicativo ALMERA

A la fecha de corte, 22 de julio, el número de hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora y/o no conformidades del total de los procesos es de 1382, distribuidos de la siguiente forma:

El 47.18% son producto de las Auditorias de Control Interno de 27 procesos; el 27.93% corresponden a las acciones de mejora de los Planes Únicos de mejoramiento por proceso – PUMP de veintiséis (26) procesos; el 24.60% al programa de Auditoria para el mejoramiento de 20 procesos y el 0.29% a hallazgos y/o oportunidades de mejora del sistema de NTC ISO 9001:2015 del proceso de Atención al usuario y su familia, como se observa en el siguiente grafico.

⁷ Los hallazgos y/o observaciones y/o oportunidades de mejora y/o no conformidades, en caso de que se presenten a varios procesos se multiplican, es decir un hallazgo dirigido a cinco procesos, se convierten en cinco hallazgos.





- Análogo con lo que establece el procedimiento - Registrar todos los aspectos a mejorar provenientes de las diferentes fuentes identificadas en el formato '05GC24 Plan Único de mejora por Proceso', aun cuando no se pueden evidenciar el uso del formato, se evidencia en la columna Emisor⁸ de la parametrización del aplicativo ALMERA de los PLANES DE MEJORA como fuentes las siguientes:

- ∇ Auditoria Externa
- ∇ Control Interno
- ∇ Dueño del proceso
- ∇ Planeación y garantía de la calidad.

Entonces la conformación para los 27 procesos es como sigue:

EMISOR	TOTAL (HALLAZGOS Y/O OBSERVACIONES Y/O OPORTUNIDADES DE MEJORA Y/O NO CONFORMIDADES)
AUDITORIA EXTERNA	340
CONTROL INTERNO	652
DUÑO DEL PROCESO	4
PLANEACION Y GARANTIA DE LA CALIDAD	386
TOTAL	1382

⁸ Persona que emite o produce el mensaje en el acto de la comunicación. (Definición tomada de Internet)



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Fuente: Planes de Mejora -Aplicativo ALMERA

Esta conformación en cuanto al número es la misma en el sistema de referencia para Control Interno, las de emisor Planeación y garantía de la calidad corresponden en el sistema de referencia a los planes únicos de mejora por proceso – PUMP, las del dueño del proceso en el sistema de referencia corresponden a NTC ISO 9001:2015 y las que el sistema de referencia Programa de Auditoría para el mejoramiento son de Auditoría externa.

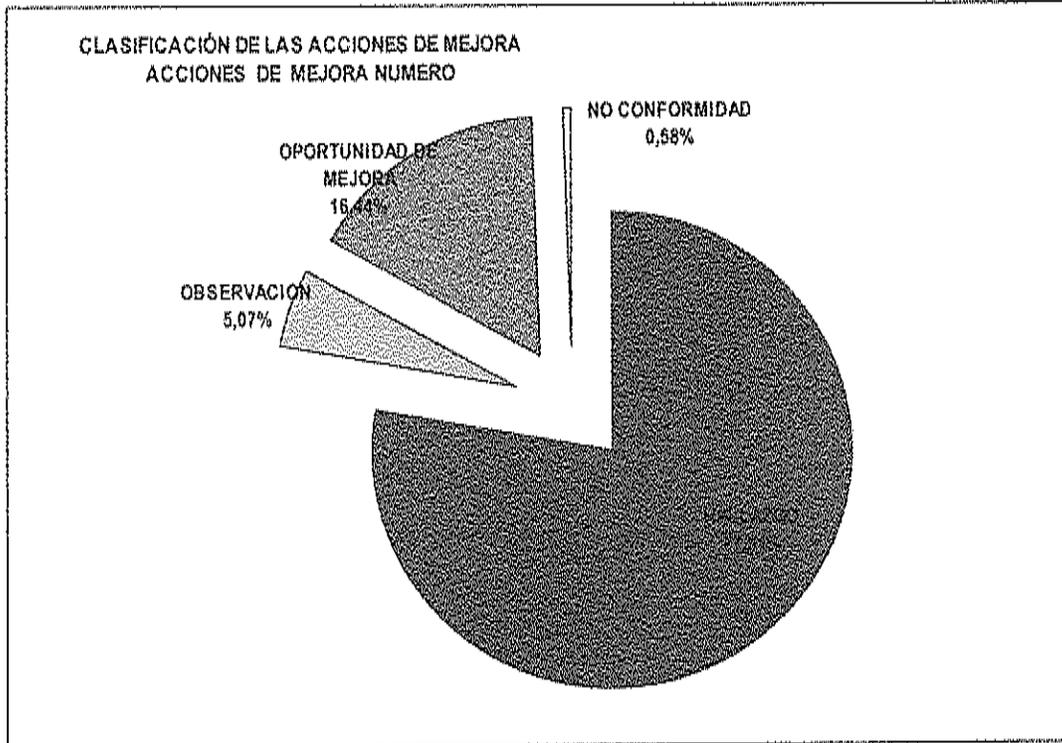
- En la Actividad No. 7 '*Describir las acciones de mejora priorizadas*' del procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP', versus lo verificado en los PLANES DE MEJORA del aplicativo ALMERA, se evidencia la 'clasificación del detalle' en los indicadores de los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana a continuación:

CLASIFICACION DEL DETALLE	TOTAL ACCIONES DE MEJORA	
	NUMERO	PORCENTAJE
HALLAZGO	1076	77,86%
OBSERVACION	70	5,07%
OPORTUNIDAD DE MEJORA	227	16,43%
NO CONFORMIDAD	8	0,58%
SIN INFORMACION	1	0,07%
TOTAL	1382	

Fuente: Planes de Mejora -Aplicativo ALMERA

De los indicadores anteriores se desprende la siguiente grafica en valores porcentuales:





Por lo que se establece que 1076 acciones de mejora registradas en los planes de mejora se clasifican como 'hallazgos', 227 acciones de mejora son 'oportunidades de mejora', 70 acciones de mejora son 'observaciones' y 8 son 'no conformidades'.

De los hallazgos registrados en la clasificación corresponde a las Auditorías elaboradas por Control Interno 582 hallazgos que significa que el 54.09% de los hallazgos son producto de las Auditorías de Control Interno, lo mismo que el total de las observaciones registradas en los planes de mejora.

- Luego de establecidas las 'clasificaciones del detalle' de los Planes de Mejora se observan que los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades corresponden a las siguientes 'unidades auditadas' (en el aplicativo ALMERA):

DESCRIPCION	UNIDADES AUDITADAS	
	NUMERO	PORCENTAJE
PROCESO	1048	75,83%
PACAS	264	19,10%

0304



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESTÁNDAR	70	5,07%
TOTAL	1382	

Fuente: Planes de Mejora –Aplicativo ALMERA

El 75.83% corresponden a acciones de mejora de los procesos, el 19.10% a PACAS y el 5.07% corresponden a los estándares.

Todos los hallazgos y las observaciones de las Auditorias de Control Interno, registradas en los planes de mejora, son producto de Procesos de la E,S,E.

El 'estado' de los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades de los planes de mejora con corte a 22 de julio de 2020 es el siguiente:

DESCRIPCION	ESTADO	
	NUMERO	PORCENTAJE
APROBADO	687	49,71%
ENVIADO	675	48,84%
ATENDIDO	20	1,45%
TOTAL	1382	

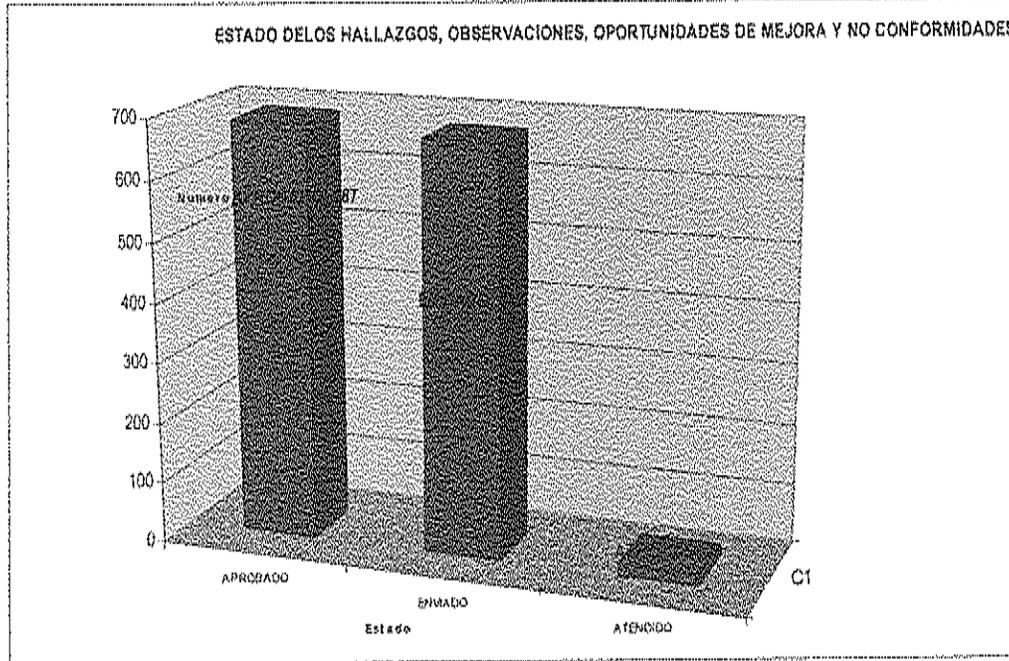
Fuente: Planes de Mejora –Aplicativo ALMERA

Por lo que el 49.71% de los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades han sido aprobados por los dueños de los procesos, el 48.84% se han enviado, no han tenido aprobación de los responsables de los procesos, al corte del presente informe, y han sido atendidos los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades en el 1.45% de los procesos de Atención al Paciente quirúrgico (cinco), Direccionamiento Estratégico (uno), Gestión del Talento Humano (once) y al proceso de Gestión de bienes y servicios (tres), esta serie de indicadores se observa en la siguiente grafica:

Todos los hallazgos, las observaciones de las Auditorias de Control Interno con fecha de registro del 12-06-2020 hasta el 22-07-2020, en Los planes de mejora del aplicativo ALMERA se reconocen que se encuentran en estado ENVIADO.

QWV





Conocido el 'estado' de los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades de los planes de mejora, se establecen rangos porcentuales, para determinar el 'avance' de los mismos y es el siguiente:

RANGOS	ESTADO	
	NUMERO	PORCENTAJE
SIN INFORMACION	672	48,63%
0%	308	22,29%
1% a 20% (15%)	78	5,64%
21% a 40% (28.3%)	89	6,44%
41% a 60%	75	5,43%
61% a 80% (66.6%)	69	4,99%
81% a 100% (100%)	91	6,58%

Fuente: Planes de Mejora -Aplicativo ALMERA

Handwritten mark

Handwritten signature



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Sumado el número de hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades que no contienen información de avance y registrados con avance 0% se encuentra el 70.91% (980), lo que indica que no han registrado avance alguno; con avance dentro de los rangos siguientes esta el 29.09% (402), como se ve en la tabla anterior.

Los hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades, producto de informes de Auditoría Externas, informes de Auditorías de Control Interno, informes de planeación y garantía de la calidad e informes de los dueños del proceso, con corte a julio 22 de 2020, se encuentran registrados en la tabla a continuación, haciendo un despliegue de cada uno de los informes de Auditoría de Control Interno, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la estrategia y actividades del Plan de Mejoramiento de la Auditoría 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.

INFORME	NUMERO
Arqueos dineros públicos en cajas menores	13
Austeridad del gasto 2018	24
Austeridad del gasto 2019	42
Autoevaluación MECI 2018	27
Autoevaluación MECI 2019	29
Control interno contable 2018	104
Entrega de turno asistencial 2018	36
Evaluación por dependencia 2018	1
Implementación de MIPG	99
Procesos disciplinarios	23
Riesgos y seguimiento a los controles	3
Seguimiento gestión PGIRSH	12
Verificación del cargue SIA CONTRALORIA Y SIA OBSERVA	8
Verificación hardware y software 18	17
Verificación hardware y software 19	19
Plan de mejoramiento proceso	4
Informe PQRSD	25
Acciones de mejoramiento de fuente auditoria de control interno en los Planes únicos de mejora	75
Auditoria Seguimiento a riesgos y controles análisis de riesgos y controles de corrupción 2019.	85
PAMEC 2020	340
PUMP 2020	386
Sin información	10

Las Auditorías de Control Interno, que en presente informe pertenecen a 19 Auditorías de las vigencias 2018 y 2019, elaboradas en los años 2019 y lo corrido de 2020, con corte a 22 de julio, contienen 652 hallazgos y observaciones en los procesos de la E.S.E..

Conforme se estableció en el sistema de referencia, los informes de Control Interno corresponden al 47,86% del total; el 24,60%, es decir 340 hallazgos, oportunidades de mejora y no conformidades pertenecen al PAMEC 2020; el 27,93%, 386 hallazgos, oportunidades de mejora y no conformidades son derivados del PUMP 2020.

El informe de Auditoría de SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO EN LOS PLANES ÚNICOS DE MEJORA POR PROCESOS – PUMP 2018 -2019, elaborado en el mes de junio, corresponde al primer informe para dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Cundinamarca, registro seis (6) hallazgos a los procesos, uno de ellos:

'Se recomienda que todos 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'.

Se encuentra en estado enviado, por lo que a la fecha no evidencia acciones de mejora.

Actividad No. 8 '**Enviar planes de mejora a la oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad**' del procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO – PUMP', no se cumplen las actividades descritas ya que en el aplicativo ALMERA, para los Hallazgos y/o observaciones producto de las Auditorías de Control Interno son digitadas directamente por la secretaria de la oficina de Control Interno al aplicativo en los PLANES DE MEJORA de cada proceso y la responsabilidad de los '*Subdirectores y/o líderes de proceso*' es aprobar y generar las acciones de mejora para cada uno de los Hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora y no conformidades.

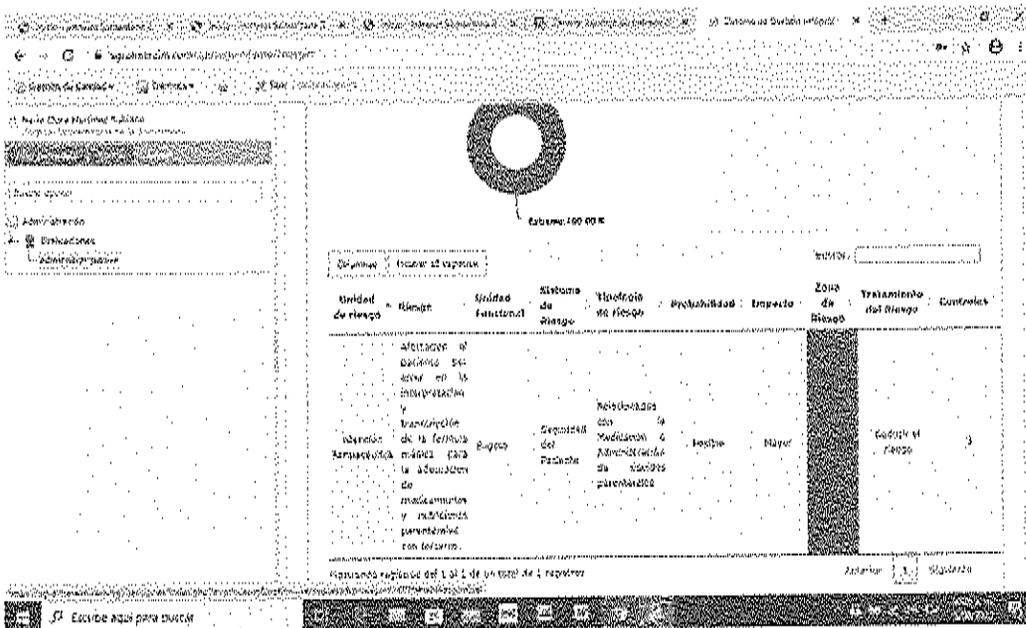
RIESGOS IDENTIFICADOS

En los Planes de mejora verificados en el aplicativo ALMERA, en la columna 'Riesgo de la(s) acción(es) de mejora', se registran los riesgos de cada una de las acciones de mejora, estos riesgos han sido cotejados y comparados con las matrices de riesgos de cada uno de los procesos y de la matriz de riesgos Institucional de la E.S.E., encontrándose que:

- En los planes de mejora hay descripción de setenta y dos (72) riesgos comparados en diecinueve (19) procesos, estableciéndose un promedio de cuatro (4) riesgos por cada proceso.



- A los setenta y dos riesgos (72) registrados corresponden doscientos treinta y tres (233) acciones de mejora, el 16.86% del total de las acciones de mejora.
- Los riesgos identificados (en total 72) en las acciones de mejora (233) fueron comparados uno a uno con la matriz de riesgo de cada proceso vinculado al plan de mejora del aplicativo registra los siguiente:
 - En el proceso de ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA se ha reconocido un riesgo de las acciones de mejora es CONSECUENCIA de dos riesgos de la matriz de riesgos del proceso y un riesgo de las acciones de mejora es CAUSA de dos riesgos de la matriz de riesgos del proceso.
 - Del proceso de ATENCIÓN FARMACÉUTICA se ha registrado un riesgo identificado en las acciones de mejora como CAUSA de un riesgo de la matriz de riesgos del proceso y un riesgo de las acciones de mejora es Medio de verificación del CONTROL existente para un riesgo de la matriz de riesgos. En este proceso se ha registrado un riesgo en la ventana de RIESGOS del aplicativo ALMERA, como se ve en la imagen.



Unidad de riesgo	Riesgo	Unidad funcional	Sistema de riesgo	Nivel de riesgo	Probabilidad	Impacto	Zona de riesgo	Tratamiento del riesgo	Control
Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula farmacológica médica para la administración de medicamentos y sustancias parenterales con toxinas.	Riesgo		Seguridad del Paciente	Medicamentos con la Medición y Administración de Medicamentos parenterales	Alto	Mayor		Control de riesgo	3

- De los procesos de INVESTIGACION Y DOCENCIA se ha reconocido un riesgo identificado en las acciones de mejora como CAUSA de un riesgo de las matrices de riesgos de estos procesos.

OK/27/11





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- Del proceso de DOCENCIA se han reconocido dos (2) de los riesgos de las acciones de mejora como CAUSAS y uno de los riesgos de las acciones de mejora como CONSECUENCIA de los riesgos establecidos en la matriz de riesgos del proceso.
- En el proceso de DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO uno de los riesgos de las acciones de mejora se identificó como RIESGO de la matriz de riesgos Institucional.
- En el proceso de GESTIÓN FINANCIERA al realizar el cotejo se identificó un RIESGO de las acciones de mejora y una CAUSA de las acciones de mejora en la matriz del proceso.
- En el proceso de GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS se identificó un RIESGO de las acciones de mejora y como CAUSA otro de los riesgos de las acciones de mejora en la matriz del proceso.
- En el proceso de FACTURACION Y RECAUDO dos de los riesgos de las acciones de mejora corresponden a dos RIESGOS de la matriz de riesgos del proceso.
- No aplica (N/A) ningún riesgo en 480 acciones de mejora, el 34.73% el total.
- Sin información de riesgos de las acciones el 48.41%, siendo seiscientos sesenta y nueve (669) acciones de mejora.
- Todo lo anterior se puede evidenciar en la tabla a continuación:

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(S) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
INSATISFACCIÓN AL USUARIO	CONSECUENCIA de los riesgos: Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido). Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	9
NO APLICA N/A		VEINTITRÉS (23) PROCESOS	480
RESISTENCIA AL CAMBIO	Son CAUSAS de los riesgos: -Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa. -Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	14
Acciones Inseguras en la Atención		ATENCIÓN AL	8



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(S) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Falla en la comunicación y no seguimiento o gestión oportuna ante inconvenientes.		PACIENTE AMBULATORIO	3
No continuidad del tratamiento implementado en pacientes ya conocidos y que tenían cita asignada al Servicio de Consulta Externa del HUS			4
Desmotivación general de los colaboradores involucrados y/o generación de acciones legales por el cliente interno.	No hay matriz de riesgos	ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS	3
Que los colaboradores entrenados con el diplomado se retiren de la institución a otras entidades que brinden mejores oportunidades laborales y salariales.	No hay matriz de riesgos		2
falta de adherencia a los procedimientos	CAUSA de los riesgos: Contagio por COVID-19 Ocurrencia de problemas relacionados con Dispositivos médicos Derrame de medicamentos.	ATENCIÓN FARMACÉUTICA	15
No se actualice adecuadamente la matriz de riesgo fármaco terapéutico	Medio de verificación del CONTROL Uso inadecuados de medicamentos		1
No contar con categorización en Colciencias		BANCO DE SANGRE	2
No contar con camillas disponibles para recepción de pacientes, por el alto volumen que manejan en el servicio de Urgencias.		REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE P	2
Probable disminución de remisiones de Pacientes al Hospital Universitario de la Samaritana (HUS)			5
A pesar de la caracterización , que los estudiantes no adhiera a los procedimientos ambientales estipulados	CAUSA del riesgo de INVESTIGACIÓN: Incorrecta segregación de residuos por parte de personal a cargo del proceso. CAUSA riesgo de DOCENCIA: Incorrecta segregación de residuos por parte de personal a cargo del proceso	INVESTIGACIÓN DOCENCIA	4
A pesar del conocimiento del funcionamiento del servicio y de haber realizado una inducción pertinente, los estudiantes pueden saltarse los procedimientos propios del servicio	CAUSA del riesgo: Posible pérdida de Información	DOCENCIA	2

ANEX.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(s) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Desmejoramiento del factor de bienestar, solicitado en el acuerdo 00003 y en la resolución 3409 de 2012			3
Disminución de los recursos recibidos por contraprestación, de parte de las Universidades por disminución de estudiantes.	CONSECUENCIA del riesgo: Reducción de capital humano a educar		3
Pertinencia no adecuada del contenido de la socialización de los procesos de Docencia e Investigación			3
Que los estudiantes continúen sin la adherencia a los procesos a pesar del seguimiento	CAUSA del riesgo: Posible No adherencia a la inducción general y específica		2
Riesgo a que no se termine la actividad y los conocimientos no sean los pertinentes por parte de este personal, para realizar la actividad docente			3
Disminución de la calificación cualitativa y cuantitativa de la dimensión de resultado de la auto evaluación de Acreditación en Salud			2
El no cumplimiento de la normatividad vigente.	RIESGO: Incumplimiento de la normatividad		3
Incumplimiento de la Política Institucional de Gestión del Riesgos y de los objetivos estratégicos		DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	1
Limitación del alcance del Hospital y sus unidades funcionales a los grupos de interés, y dentro de ellos a los grupos vulnerables.			3
No certificar el Hospital en el Sistema de Gestión Ambiental			3
Que las actividades planteadas en cronograma no permitan lograr la meta.			4
Accidente de trabajo	El proceso no cuenta con matriz de riesgos publicado en ALMERA		GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
No contar con la inscripción y participación del número esperado de colaboradores para la Brigada de Emergencias		1	
No obtener los resultados esperados relacionados frente a la capacitación		1	

12/24



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(s) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Puestos de trabajo sin cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo			3
Desmesurado e inadecuado uso de los recursos generando impactos negativos al ambiente			3
No se tenga en cuenta la medición y conocimiento de la realidad económica de la institución para tomar decisiones	CAUSA del riesgo: Adulteración de la información contable y financiera		2
No ser viables financieramente a pesar de las acciones tomadas		GESTIÓN FINANCIERA	1
Que las acciones no sean efectivas para mantener la solvencia económica			3
Que no mejore la oportunidad de reporte y hayan sanciones por esta razón			2
Que no se cumplan los lineamientos establecidos y se desvíen o pierdan recursos a mediana escala			3
Que se presenten inconsistencias y/o errores en los registros contables	RIESGO: Inconsistencias y/o errores en los registros contables.		4
Multiplicidad de funciones			4
No adherencia a los procedimientos ambientales estipulados		GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	6
No asignación de recursos para la contratación			6
1.Reajustes a los estudios previos (retrasando el proceso). 2. demora en radicación por ajustes de estudios previos. 3. Retrasos y desiertos en el proceso 4. Incumplimiento por parte del contratista en la ejecución del objeto contractual / Incumplimiento e		GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTU RA	4
Demora en la respuesta de aprobación de PATRIMONIO / la no autorización de PATRIMONIO /Reajustes de proyecto, aprobación de CURADURÍA URBANA / la no autorización de JURADURÍA URBANA /Reajustes de proyecto, aprobación de MinSalud / la no aprobación			3

MEN



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(S) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Demoras en la aprobación de la modificación u otros numerales de la caracterización. Riesgos de Matriz multicriterio de identificación y valoración de aspectos e impactos ambientales desactualizada. Matriz de evaluación de requisitos desactualizada.			6
Incumplimiento por parte del contratista en la ejecución del objeto contractual / Incumplimiento en el tiempo de ejecución por imprevistos			6
Insuficiencia de recursos disponibles para destinar a dicho objeto			7
Reajustes a los estudios previos (retrasando el proceso). Declarar desierto el proceso y Recurso financiero insuficiente. Demora en el perfeccionamiento de contrato por legalización de pólizas Incumplimiento por parte del contratista en la ejecución			7
Que la mejora no logre una conservación de la documentación más segura, que la que actualmente existe		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	2
Se materialicen riesgos que se controlan con la ley de protección de datos personales, o de transparencia o de acceso a la información pública			1
Baja adherencia al procedimiento	CAUSA del riesgo: Suministrar oportunamente los bienes y servicios que permitan el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	1
Desmesurado e Inadecuado uso de los recursos generando impacto negativos al ambiente			2
Que el personal asistencial no acate las indicaciones y no reporte oportunamente los traslados al almacén			3



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(S) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Que la implementación del mecanismo de control de solicitudes y entregas no de los resultados esperados			4
e dé la posibilidad de apropiación de bienes, elementos e insumos para uso personal o comercialización de los colaboradores de contrato con las Empresas de Servicios Temporales, cooperativas, Uniones Temporales, consorcios, asociaciones y/o grupos multidad	RIESGO: Posibilidad de Apropiación de bienes, elementos e insumos para uso personal o comercialización		3
Prestar el servicio sin dar cumplimiento a los nuevos requisitos de habilitación		DESARROLLO DE SERVICIOS	1
No articulación con las áreas que intervienen en el control de cartera			1
No ingreso de la glosa o devoluciones de manera oportuna	RIESGO: Inoportunidad registro y/o respuesta de La glosa y/o devoluciones según tiempos normativos definidos.		2
Que continúe o se incremente la subfacturación y sobre facturación	RIESGO: Subfacturación o sobrefacturación		1
Que continúen las glosas por tramite de autorización			2
Que no disminuya la ratificación de la glosa por la ERP		FACTURACIÓN Y RECAUDO	3
Que no se cumpla con la totalidad de los requisitos normativos para la realización de los trámites judiciales y jurisdiccionales			1
Que no se evalúe ni se haga seguimiento a las PQRS			2
Que no se pueda mantener actualizada la prefectura			3
Que se facture sin respaldo contractual			2
Que la gestión del Área Jurídica no sea acorde a los trámites judiciales y jurisdiccionales		GESTIÓN JURÍDICA	1
Que la oficina Asesora Jurídica no identifique adecuadamente los riesgos ambientales ni sus controles			2
Que las áreas no mantengan una comunicación constante			1



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESCRIPCIÓN RIESGO DE LA(S) ACCIÓN(es)	OBSERVACIÓN DE LA VERIFICACIÓN CON MATRICES DE RIESGOS	PROCESOS	TOTAL ACCIONES DE MEJORA
Que los colaboradores desconozcan el alcance de las actividades que desempeñan por no tener conocimiento de los procedimientos que la regulan			1
Que no se cumpla con los estándares fijados en los procedimientos que se actualicen.			3
Que no se haga un seguimiento permanente de las causas y los controles para mitigar los riesgos del proceso			2
Que no se ligan adecuadamente los indicadores de gestión jurídica a los objetivos, metas y políticas institucionales			2
Que no tengan impacto las actividades programadas			1
Riesgo Jurídico		GESTIÓN DE LA CALIDAD	2
Falta de conocimiento de la documentación de la entidad por parte del personal que da respuesta a la encuesta		AUDITORIA Y CONTROL	4
Poco acceso de los funcionarios a youtube			1
SIN INFORMACIÓN		TODOS LOS PROCESOS	669
TOTAL			1382

Fuente: Planes de mejora – aplicativo ALMERA

CONCLUSIONES

- ∇ El procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP - código de documento 02GC03-V5, elaborado y aprobado el 20/04/2019, aplicado a *todas los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus Unidades Funcionales'* en la actividad No. 1 y no se cumple por cuanto:
- En la descripción se establece registrar todos los aspectos a mejorar provenientes de las diferentes fuentes identificadas en el formato 05GC24 Plan Único de mejora por Proceso.

13821



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

- o el Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP, se debe incluir las acciones de mejora identificadas en el periodo, si hay informes de Auditorias de entes de control tales como.....

Y en el aplicativo ALMERA el Plan Único de Mejora por Proceso – PUMP es un sistema de referencia para los planes de mejora, es decir es una de las fuentes de los planes de mejora; no se registran todos los aspectos a mejorar.

La actividad No. 7 se cumple parcialmente por cuanto:

- o Se deben definir las actividades específicas que se llevaran a cabo para dar cumplimiento a la acción de Mejora... las cuales deben estar alineadas con el ciclo PHVA⁹ y el DDIMM¹⁰ y al confrontar el estado de las observaciones, hallazgos, oportunidades de mejora, no conformidades con corte 22 de julio de 2020 se advierte que el 48.84% de las observaciones, hallazgos, oportunidades de mejora, no conformidades están en el estado de 'enviado' es decir digitados, sin ninguna gestión, sin avance; el 49.71% han sido aprobados y el 1.45% atendidos.

Actividad No. 8 no se cumple por cuanto:

- 'El procedimiento establece que definidas las acciones de mejora se debe enviar la información al profesional de Planeación para su publicación ya que son los únicos que pueden hacer las modificaciones en la intranet y en el aplicativo ALMERA, se permite que los responsables de cada uno de las oficinas asesoras y los *Subdirectores y/o líderes de proceso*' sean quienes digiten y registren los Hallazgos, observaciones, oportunidades de mejora, no conformidades, las aprueben y como producto de las anteriores se registren, generen y gestionen las acciones de mejora.

- ∇ Las fuentes de información para los planes de mejora en el aplicativo ALMERA en orden descendente son: Control Interno, planes de mejora por proceso – PUMP, el Programa de Auditoria para el mejoramiento y NTC ISO 9001:2015, se clasifican en: Hallazgos el 77.86%, observaciones el 5.07%, oportunidades de mejora que representan el 16.43% y las no conformidades que son el 0.58%; estas clasificaciones provienen de las unidades auditadas de Proceso 75.83%, PACAS 19.10% y de los estándares el 5.07%.
- ∇ El estado de cada una de las observaciones, hallazgos, oportunidades de mejora, no conformidades están distribuidas así: atendidas el 1.45%, aprobadas el 49.71%, enviadas a los procesos y sin avance el 48,64%, dentro de este ultimo estado se encuentran los hallazgos y observaciones producto de las Auditorias de Control Interno.
- ∇ Los hallazgos, las oportunidades de mejora, las observaciones y las no conformidades registradas en los planes de mejora del aplicativo ALMERA corresponden a los informes de Control Interno.

⁹ PHVA Planear, Hacer, Verificar y Actuar

¹⁰ DDIMM: Documentado Desplegado, Implementado, Medido, Mejorado.,



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

El informe de Auditoría de SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO EN LOS PLANES ÚNICOS DE MEJORA POR PROCESOS – PUMP 2018 -2019, establecido el hallazgo: 'Se recomienda que todos 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'; a la fecha del presente Informe en el aplicativo ALMERA no evidencian registrados los hallazgos, las estrategias y actividades del Plan de mejoramiento aprobado por este ente de Control.

- ∇ Los riesgos registrados en las acciones de mejora de los planes de mejora del aplicativo ALMERA, luego de cotejados con la matriz de riesgos de cada uno de los procesos evidencian que:
- Cinco (5) de los riesgos de las acciones de mejora son RIESGOS registrados en la matriz de los procesos de Direccionamiento Estratégico, Gestión Financiera, Facturación y Recaudo, Gestión de bienes y servicios.
 - Tres (3) riesgos de las acciones de mejora son CONSECUENCIA de un(s) de los riesgos de la matriz de riesgos de los procesos de Atención al Usuario y su familia y Docencia.
 - Nueve (9) de los riesgos de las acciones de mejora son CAUSA de un (s) de los riesgos de la matriz de riesgos de los procesos de Atención al Usuario y su familia, Atención Farmacéutica, Investigación, Docencia, Gestión Financiera, Gestión de bienes y servicios,

RECOMENDACIONES

1. 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 2018¹¹; del El informe de Auditoría de SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO EN LOS PLANES ÚNICOS DE MEJORA POR PROCESOS -- PUMP 2018 -2019.

11

RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO
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.
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.
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

max



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

2. 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.
- 3.
4. El procedimiento 'FORMULACION, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESO' – PUMP - código de documento 02GC03-V5, aplicado a *todos los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus Unidades Funcionales* requiere ser actualizado y/ modificado conforme las actividades que se vienen desarrollando en el aplicativo ALMERA.
5. Se recomienda realizar un análisis multidisciplinario de la parametrización del aplicativo ALMERA, en cuanto hace referencia a los Planes de mejora; de la misma forma establecer reinducciones a los responsables de los procesos con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el hallazgo No. 8 del informe de la Auditoría de la Contraloría de Cundinamarca
6. Se recomienda establecer vínculos y/o interfases de la matriz de riesgos de cada uno de los procesos con los riesgos de las acciones de mejora establecidos en el aplicativo ALMERA. Ya que los riesgos de las acciones de mejora de los planes de mejora del aplicativo ALMERA deberán ser producto de un análisis en las que se debe tener como insumo las matrices de riesgos de los procesos.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, agosto 6 de 2020