



Bogotá, 15 de enero DE 2020

Doctor
JAVIER FERNANDO MANCERA G.
Gerente
RICAURTE OSORIO O.
Dir. Administrativo
VIVIAN CASTAÑEDA S.
Jefe Oficina Asesora Planeación
NELSY DEL PILAR FLOREZ
Subdirectora Hotelería
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
E. S. D.

Ref.: Informe de Auditoria PGIRHS vigencia 2019.

Respetados funcionarios.

Adjunto Informe de Auditoría de PGIRHS de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana en firme, para que se elabore el Plan de Mejoramiento y se tomen las acciones pertinentes para la construcción y desarrollo del PGIRHS de acuerdo a la normatividad vigente.

Nota: Se anexan 2o folios.

Atentamente,


MARIA CLARA MARTINEZ RUBIANO
Jefe de Control Interno (e)



**INFORME DE SEGUIMIENTO AUDITORIA SEGREGACION EN LA FUENTE, DESACTIVACIÓN,
ALMACENAMIENTO RECOLECCION, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPÓSICION FINAL PROCESO
DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de las recomendaciones registradas en el informe de Auditoria de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

ALCANCE

- Desde las recomendaciones identificadas y registradas en los aspectos y/o impactos ambientales generados por la prestación de servicios de salud.
- Hasta la mejora continua, producto de la no consideración de las recomendaciones y los impactos negativos identificados en los aspectos ambientales y en la generación de residuos hospitalarios y similares

JUSTIFICACION

La E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana como Entidad pública, con estructura estatal, de orden departamental, descentralizada, autónoma y en calidad de sujeto obligado deberá obedecer y someterse a las disposiciones que establece la ley existente.

METODOLOGIA

Con oficio radicado No. 2019110012811-1 de fecha septiembre 24 de 2019, se solicitó a la Dirección Administrativa, a la oficina de Planeación y garantía de la calidad y a la Subdirección de Hotelería Hospitalaria allegaran los planes de mejoramiento y soportes para atender a las recomendaciones de la Auditoría, oficio sin respuesta a la fecha; en atención a lo anterior y con oficio radicado No. 2019110015055-1 de fecha 29 de noviembre de 2019 se procede citar a realizar reunión de seguimiento a cada una de las recomendaciones con los responsables del proceso.

Realizada la reunión de seguimiento el día martes 3 de diciembre de 2019, a la que asisten la Subdirección de Hotelería Hospitalaria y el Trabajador en Misión responsable de las actividades ambientales y del PGIRHS, en donde se da respuesta a cada una de las recomendaciones de la Auditoría de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, dando origen al presente informe.

BASE LEGAL

- Constitución Política de Colombia, Arts. 209, 269.
- Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. (NOTA: El Consejo de Estado en la Providencia fechada 13 de agosto de 2008 (Rad. 11001-03-26-000-2000-0010-01, exp. 18556), consideró: "Cabe destacar que con anterioridad a dictarse el auto admisorio de la demanda, se expidió la Ley 643 de 16 de enero de 2001, norma que derogó la ley 10a de 1990 y sus normas reglamentarias, entre ellas se encontraba el Decreto 2427 de 1999 que ha sido parcialmente acusado,...")
- Ley 152 de 1994 por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
- Ley 87 de 1993 por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.
- Decreto 2676 de 2000 por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Decreto 2763 de 2001 por el cual se modifica el Decreto 2676 de 2000
- Decreto 1713 De 2002. Por el cual se reglamenta la Ley 142 de 1994, la Ley 632 de 2000 y la Ley 689 de 2001, en relación con la prestación del servicio público de aseo, y el Decreto Ley 2811 de 1974 y la Ley 99 de 1993 en relación con la Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto 1669 de 2002 Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000
- Decreto 1609 de 2002 por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera.
- Ley 734 de 2002. Por la cual se expide el Código Disciplinario Único.
- Decreto 4126 de 2005 por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Decreto 4741 de 2005. "Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral"
- Decreto 4126 de 2005. "Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral"
- Ley 1252 de 2008 Por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los residuos y desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 482 de 2009. Por la cual se reglamenta el manejo de bolsas o recipientes que han contenido soluciones para uso intravenoso, intraperitoneal y en hemodiálisis, generados como residuos en las actividades de atención de salud, susceptibles de ser aprovechados o reciclados.
- Decreto 351 de 2014 Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades.

POLITICAS Y PROGRAMAS

POLITICAS

Verificada la información publicada en la intranet, a la fecha, en el sistema de Gestión documental, se registra:

- la política Ambiental código del documento 01DE18-V1, aprobada el 01/04/2019, del proceso de Direccionamiento estratégico. En la que se registra que su despliegue se realizara a *la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus Unidades funcionales, paciente y su familia, proveedores y la comunidad aledaña al sector*. El control de cambios establece como documento base para la implementación de la ISO 14001:2015.
- Las políticas de "EN ARMONIA CON LA SOCIEDAD Y EL MEDIO AMBIENTE¹" y CONSTRUYENDO UN ENTORNO SANO²", no hacen parte de la pirámide documental ni parte integral del control de cambios de política alguna al respecto en la presente vigencia.

PROGRAMAS

Se evidencia dentro de la pirámide de Gestión documental, publicado en la Intranet:

- El programa con código de documento 01GC06-V3 'PROGRAMA PGIRHYS 2019', aprobado el 14 de mayo de 2019, en donde el control de cambios registra las modificaciones realizadas en las Versiones 1, 2, 3.
- Programa GESTION AMBIENTAL³, código de documento 01GC07-V2, del proceso de Gestión de la calidad, elaborado y aprobado EL 22 de agosto de 2019, *recoge los cambios del documento 01GC07-V1 Item modificado (NA) y de documento 01GC07-V2 cambio bajo lineamientos establecidos*.
- El programa RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y AMBIENTAL, código de documento 01DE09-V1 del proceso de direccionamiento estratégico, elaborado el 28-07/2017 y aprobado el 31-

¹ Política de responsabilidad social y ambiental, código DE-POL-10 versión 01, del proceso Direccionamiento estratégico, aprobada el 09-09-2013, la responsabilidad del despliegue es de la Dirección Administrativa y la difusión es en todos los procesos, servicios y unidades funcionales

² Política ambiente físico agradable y seguro, código DE-POL-01 versión 01, del proceso Direccionamiento estratégico, aprobada el 09-09-2013, la responsabilidad del despliegue es del proceso de gestión de la infraestructura y la difusión es en todos los procesos, servicios y unidades funcionales.

³ Herramienta para la revisión y consecución e los objetivos y metas ambientales de la Corporación que incluye las responsabilidades asignadas para alcanzar los objetivos y metas, así como los medios que se requieren y la distribución temporal en la que han de ser alcanzados.

07-2017. El programa registra dentro de sus líneas estratégicas numeral 6.2. Gestión ambiental⁴, siendo las estrategias:

- a. Estrategia de ahorro y uso eficiente de energía,
- b. Estrategia de ahorro y uso eficiente de agua,
- c. Estrategia de disminución en la generación de residuos sólidos.

Y como resultado esperado, la meta es mejorar el desempeño ambiental en un 5% en los próximos dos (2) años.

- El programa PGI⁵ RSHYS SAN CAYETANO código de documento 01GC13-V1, de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 4-10-2018 y aprobado EL 05-10-2017, sin cambio y/o modificación en la vigencia 2019.
- El programa PGIRSHYS COGUA código de documento 01GC14-V1, de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 22/03/2019 y aprobado el 28/03/2019, sin cambio y/o modificación en la vigencia 2019.
- El programa PGIRSHYS UFZ código de documento 01GC16-V1, de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 04/09/2019 y aprobado el 15/10/2019, sin cambio y/o modificación en la vigencia 2019.
- El PROGRAMA DE RECICAJE código del documento 01GC10-V1 de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 24-04-2017 y aprobado el 28-04-2017, el Programa de AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA código de documento 01GC08-V1, de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 24-04-2017 y aprobado EL 28-04-2017, publicado en la intranet 26-09-2017, Programa de AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGÍA código de documento 01GC09-V1, de proceso de gestión de la calidad, elaborado el 24-04-2017 y aprobado EL 28-04-2017, publicado en la intranet 26-09-2017 no hacen parte de la pirámide documental ni parte integral del control de cambios de política alguna al respecto en la presente vigencia.

SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES

Realizado el seguimiento con los responsables se establece la tabla a continuación en donde se indica en la columna OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO el estado en que se evidencio cada una de las recomendaciones:

⁴ El objetivo del sistema de gestión ambiental es 'establecer los procedimientos, procesos y actividades tendientes a mejorar la gestión interna y externa de la gestión ambientales el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la normatividad ambiental vigente; implementando la eficiencia energética y la generación de energías limpias renovables, reduciendo el consumo de agua y disponiendo de manera segura los residuos sólidos generados'.

⁵ Gestión Integral Conjunto articulado e interrelacionado de acciones y políticas, normativas, operativas, financieras, de planeación, administrativas, sociales, educativas, de evaluación seguimiento y monitoreo, desde la prevención de la generación hasta la disposición final de los residuos o desechos peligrosos, a fin de lograr beneficios ambientales, la optimización económica de su manejo y su aceptación social, respondiendo a las necesidades y circunstancias de cada localidad o región.

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
ü La inclusión de las actividades de la Unidad Funcional Zipaquirá y centros de salud en materia de PGIRHS, como parte integral de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana es indispensable; por lo tanto se recomienda incluir dentro de todos los procesos e integrarla para todo el tema de la presente Auditoría.	La gestión integral de residuos hospitalarios y similares no evidencia la inclusión de la Unidad Funcional Zipaquirá	Formulación e implementación de Programa de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios de la Unidad Funcional de Zipaquirá	Se elaboró el Programa de Gestión Integral de residuos sólidos hospitalarios con PGIRHYS con código 01GC16 para la gestión de residuos de la Unidad funcional de Zipaquirá.	SE cumple documento publicado en la Intranet. (Octubre 15 DE 2019)
Se recomienda realizar la trazabilidad de la totalidad del manejo de residuos, en especial los residuos administrativos - tóner, cartuchos, tintas de impresión, aceites, pilas, baterías, bombillos, luminarias, balastros, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos – RAEES, PC e impresoras, tarros de pintura, elementos contaminados con características de peligrosidad, entre otros. De los mismos deberá elaborarse instructivos, guías y/o protocolos, según lo dispuesto por las metodologías para el fin.	La E.S.E. Bogotá produce: • 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 balastros, tarros de pintura, elementos contaminados con sustancias con características de peligrosidad, Vertimientos • Emisiones atmosféricas En algunos de estos elementos y residuos se observe 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	Actualizar en el Programa de Gestion 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	No se evidencia avance de la actividad.	EL GAGAS en su acta de fecha 27 de septiembre dio inicio a la discusión para definir sobre el manejo del material reciclable. La subdirección compras bienes y suministros en el mes de noviembre de 2019 devuelve los estudios previos para que se ajusten. Se dio inicio a la acción de mejora.



RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
	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			
Se recomienda realizar la trazabilidad de la totalidad del manejo de residuos, en especial los residuos administrativos - tóner, cartuchos, tintas de impresión, aceites, pilas, baterías, bombillos, luminarias, balastos, residuos de aparatos eléctricos y electrónicos - RAEES, PC e impresoras, tarros de pintura, elementos contaminados con características de peligrosidad, entre otros. De los mismos deberá elaborarse instructivos, guías y/o protocolos, según lo dispuesto por las metodologías para el fin.	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 Universitaria registra dentro de sus archivos y/o contratos los documentos soportes de las licencias ambientales y disposición de residuos de manera parcial.	1, Incluir dentro de los documentos legales soportes normativos que garanticen el EN DESARROLLO de las actividades para las cuales se establece el vínculo contractual para el reciclaje. 2, 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. 3, Formalizar el inicio del trámite y su trazabilidad para los residuos recolectados en periodos bastante largos a través del Documento PGIRSHYS.	Se evidencia la actualización del Programa de Gestión Ambiental de residuos solidos Hospitalarios y similares (PGIRHYS) con fecha del 3 de mayo del 2019, el cual fue publicado en la intranet el 14 de mayo del 2019.	EL GAGAS en su acta de fecha 27 de septiembre dio inicio a la discusión para definir sobre el manejo del material reciclable. La subdirección de compras bienes y suministros en el mes de noviembre de 2019 devuelve los estudios previos para que se ajusten. Se dio inicio a la acción de mejora.
Una vez realizada la trazabilidad de todos los residuos que produce la entidad, se recomienda, en aquellos que sea necesario	En el EN DESARROLLO de la Auditoria no se observa vínculo contractual con las empresas y persona natural: GESECOL -Gestión Ecológica	Fortalecer la relación contractual con las empresas de recolección de residuos a través de	Se cuenta con certificaciones de residuos peligrosos de riesgo biológico (Ecocapital) y riesgo	Se han realizado los estudios previos por parte del Trabajador en Misión, que tiene la responsabilidad de

nov





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
realizar convenio, contrato, acuerdo entre las partes u otro documento que evidencie una relación contractual	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	convenios institucionales	químico (Ecoentorno), al momento no se han reportado los residuos peligrosos administrativos por parte de la empresa (Ecoindustria) debido a que estas certificaciones son expedidas entre 6 y 12 meses por que son residuos que se tienen que exportar y garantizar cantidades mínimas a los gestores quienes realizan el tratamiento y disposición final Se cuenta con la selección de propuestas con empresas que realizarán la gestión externa de los siguiente residuos: Reciclaje (Fundación-Remarek) - Residuos peligrosos administrativos (LITO SAS) postconsumo, Aceite vegetal usado (Fundación Verde Olivo) Donación. En el documento 05GC08-V2 - Programa de Gestión Integral de Residuos Sólidos se tiene descrito el manejo de los....	realizarlos, en oficio de noviembre 13 de 2019 el Subdirector de compras, bienes y suministros realizo la devolución de los estudios previos para el manejo de los residuos reciclables. Se dio inicio a la acción de mejora.

nov

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCION ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
	"En la elaboración del presente informe de la Unidad Funcional Zipaquirá y centros de salud se observo la contratación para los residuos biológicos, en el manejo de otros residuos no se observa información alguna."	Se realizara un convenio con la empresa recolectora de residuos solidos reciclables para que realice esta recolección también en las Unidades Funcionales de Zipaquirá y se tendrán copia trimestrales de la información de Gestión Ambiental	1) Se encuentra en proceso de gestión la contratación con la empresa Remarek mediante convenio 307 de 2019 para la recolección de los residuos reciclables. Los residuos RAEE son tratados mediante planes postconsumos 2) Se solicita vía correo electrónico la información relacionada con los residuos solidos de la unidad funcional de Zipaquirá, además de indicadores de gestión.	Se han realizado los estudios previos por parte del Trabajador en Misión, que tiene la responsabilidad de realizarlos, en oficio de noviembre 13 de 2019 el Subdirector de compras, bienes y suministros realizo la devolución de los estudios previos para el manejo de los residuos reciclables. Se dio inicio a la acción de mejora.
Se recomienda la revisión y/o modificación y/o actualización de los indicadores de los programas de gestión ambiental y PGIRHS previo análisis, evaluación e impacto dentro de los programas de cada uno de ellos.	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	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.	Se realiza cargue y seguimiento a los siguientes indicadores publicados en el tablero único de control de indicadores TUCI y actualizados trimestralmente índice de consumo de agua (metros cúbicos) por unidad de valor relativo (UVR) •índice de consumo de energía (kwh) por unidad de valor relativo (UVR) •índice de consumo de gas natural (en metros cúbicos) por unidad de valor relativo (UVR) •índice de residuos no peligrosos	Por transición de los programas TUCI a ALMERA no se han dado los desarrollos completos. En el momento y hasta el mes de junio de 2019 se continúa con los indicadores del TUCI, el cual dará transición al programa ALMERA, del cual la E.S.E. no ha dado la metodología y capacitación. Riesgo: No se conoce en tiempo real las mediciones que permitan tomar decisiones de índole operacional, financiero, económico y social.





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
			generados por unidad de producción de valor relativo (UVR) •índice de residuos peligrosos de riesgo biológico generados por unidad de producción de valor relativo (UVR) •índice de residuos peligrosos de riesgo químico generados por unidad de producción de valor relativo (UVR) •índice de residuos reciclables comercializados por unidad de valor relativo (UVR) •índice global de consumo de servicios públicos en el HUS •índice global de residuos hospitalarios generados en el HUS por unidad de valor relativo (UVR)	
Las auditorías externas que tienen por objeto verificar el manejo externo de los residuos que produce la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana deben realizarse con la metodología establecida para las auditorias de las entidades públicas y a todas las que haya lugar.				Sin ejecución. Se mantiene la recomendación.

nen



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Se recomienda revisar los pagos realizados por la venta de residuos reciclables y establecer en los estudios previos, valores acordes a los del mercado.	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	Iniciar proceso de contratación con valores base y poner en competencia para garantizar un mejor ingreso por un año a través de contrato.	A través del convenio con la empresa REMAREK se va a realizar donación del reciclaje, relacionado con el eje estratégico de responsabilidad social.	Se devolvieron los estudios previos a la oficina de planeación y garantía de la calidad, documento que se trasladara por parte de Control Interno para concepto a la oficina asesora jurídica. Lo anterior teniendo en cuenta que el hospital viene realizando la venta del material reciclable al igual que se realiza en otros Hospitales de referencia como documentos soportes adjuntos (Hospital Militar). (Al parecer se va a donar a la misma empresa con quien se comercializa hoy). Se recomienda hacer referenciación con el mecanismo definido por la E.S.E. (SECOP, Presencial, entre otros) Riesgo: Posible Riesgo de Corrupción

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Se recomienda que las capacitaciones se realicen a toda la población de la E.S.E. y se mida de manera permanente su adherencia con verificaciones en los lugares de la generación. Ya que el y/o los contratistas den cumplimiento a la obligación establecida en la clausula segunda.	1. Por qué? La alta rotación del personal asistencial en la institución no ha permitido mantener la cobertura al programa de seguridad del paciente en un 90% 2. Por qué? Se presentaron Fallas en el sistema relacionado con la plataforma del TICS no permitiendo captar todos los colaboradores que realizaron el curso virtual de seguridad del paciente. 3. Por qué? Hay poca adherencia del personal nuevo a la política de seguridad del paciente	Continuar con el fortalecimiento de las capacitaciones al personal a través de diferentes medios como: Asistencia personal a los diferentes colaboradores de los servicios asistenciales, a través del Curso virtual de Seguridad del Paciente y Ruta de Acreditación. Esa información será entregada a la Subdirección de Desarrollo del Recurso Humano para que se actualicen las hojas de vida del personal que participa.	Se evidencia a través del listado de asistencia de los colaboradores a la Ruta de Acreditación el 29, 30 y 31 de Mayo del 2019, que se continua con el fortalecimiento de las capacitaciones del programa de Seguridad del Paciente donde se inscribieron 1. 617 colaboradores y finalizaron la Ruta 1.337 para un porcentaje del 88% personal capacitadas, así mismo se continua con la capacitación a través de diferentes medios como: Asistencia personal a los diferentes colaboradores de los servicios asistenciales 386 a colaboradores , a través del Curso virtual de Seguridad del Paciente 277 colaboradores que aprobaron el curso en el I semestre del 2019 .	Desde el área de planeación y garantía de la calidad se realizan las actividades que corresponden Desde la subdirección de Desarrollo Humano se deben generar estrategias más agresivas para la correcta segregación y transformación cultural. La falta de desagregación de los residuos atenta contra el valor de responsabilidad social establecido en los principios y valores.

non



RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
Se recomienda realizar el análisis de las causas por las cuales el número de kilogramos generados varía en el 49.43% luego de la selección, clasificación y venta.	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.	Fortalecer la educación de segregación de residuos mediante de capacitaciones mas dinámicas, que involucren directamente a los colaboradores y pacientes.	Durante el primer semestre se realizaron diferentes campañas bajo el eslogan ECOHUS donde se realizó énfasis en la educación de segregación de residuos campaña realizada el 12 de abril, el 30 de mayo y el 4 de junio del 2019.	Desde el área de planeación y garantía de la calidad se realizan las actividades que corresponden. Desde la subdirección de Desarrollo Humano se deben generar estrategias más agresivas para la correcta segregación y transformación cultural. La falta de desagregación de los residuos atenta contra el valor de responsabilidad social establecido en los principios y valores.
Las políticas, los programas, planes y procedimientos requieren su actualización y/o ajuste y/o modificación de acuerdo a las metodologías establecidas, por la dependencia de planeación, para la elaboración de los manuales de procesos, procedimientos, manuales, guías, protocolos operadas en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.				Sin ejecución. Se mantiene la recomendación.
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.	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.	NA	NA	Sin ejecución. Se mantiene la recomendación.
PROCESO HOTELERIA HOSPITALARIA				



RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
	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).	NA	NA	Recomendación que se retira del presente seguimiento ya que se dio respuesta por parte de la Supervisión del Contrato
	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>	NA	NA	Recomendación que se retira del presente seguimiento ya que se dio respuesta por parte de la Supervisión del Contrato

C/20



Conforme el informe de Auditoría fue entregado a la oficina Asesora de Planeación Garantía de la calidad, para sus observaciones y ante la ausencia de las observaciones en los términos establecidos este informe quedo en firme, sin embargo posteriormente, la subdirección de Hotelería Hospitalaria presento sus observaciones y que hacen parte del presente seguimiento.

De la misma forma se observó que en el PÜMP 2019 del proceso de Direccionamiento Estratégico registra un hallazgo como fuente Auditoría de Control Interno, el presente hallazgo se describe a continuación:

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCION HALLAZGO PUMP 2019	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA -PUMP 2019	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO	RESULTADO Y/O AVANCE - PUMP 2019	OBSERVACIONES SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO
	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 iluminarias antiguas por luz led como lo exige la normatividad vigente, inicialmente en los servicios de urgencias, cardiología-consulta externa, sala de partos y hospitalización.		No se evidencia avance alguno en el PUMP 2019
			17. Instalación de sensores y/o fotoceldas en los baños públicos, en el sótano, segundo, tercer y cuarto piso.		
			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.		

Fuente: PUMP 2019 proceso Direccionamiento Estratégico



MEDICION DEL RIESGOS Y SUS CONTROLES

Se verifico el mapa de riesgos Institucional de la vigencia 2019, último publicado en la Intranet, de fecha 08 de julio de 2019 y se observa asociado al presente seguimiento el siguiente riesgo:

VARIABLES	DESCRIPCION		
RIESGO	INADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS		
PROCESO	Hotelería Hospitalaria		
CAUSA	1.1 Desconocimiento y no adherencia al procedimiento de recolección tratamiento y disposición final de residuos y mapa de ruta sanitaria 1.2 Falta de capacitación 2.1 Cumplimiento de cronograma de capacitación al personal de la empresa de aseo frente a recolección tratamiento y disposición final de residuos y mapa de ruta sanitaria 2.2 No se actualizan de los mapas de ruta sanitaria 3.1 Falta al seguimiento de las actividades de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios. (5)		
RIESGO INHERENTE ZONA DE RIESGO	EXTREMA		
CONTROLES	Verificación de las actividades en cuanto al manejo de residuos hospitalarios y similares contenidas en el PGIRHS y el procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios	Realizar capacitaciones a los auxiliares de servicios generales en Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios.	Actividad: verificación del correcto manejo de residuos hospitalarios
TIPO DE CONTROL	PREVENTIVO	PREVENTIVO	PREVENTIVO
PERIODICIDAD	Diariamente	trimestralmente	Diariamente
EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL	Fuerte	Fuerte	Fuerte
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL	Fuerte	Fuerte	Fuerte
SOLIDEZ INDIVIDUAL DE CADA CONTROL	Fuerte	Fuerte	Fuerte
RIESGO RESIDUAL ZONA DE RIESGO	ALTA		
RIESGO RESIDUAL TRATAMIENTO DEL RIESGO	Reducir el Riesgo		

Fuente: Mapa de Riesgos Institucionales 2019



Las acciones que se vienen ejecutándose y presentadas por los responsables en el seguimiento de la Auditoria están expuestas a posibles riesgos, riesgos que deberán estar contenidos en los mapas de riesgos institucionales, la matriz de riesgo de corrupción, la matriz de riesgos del proceso.

CONCLUSIÓN

En el informe de Auditoria de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana se generaron 10 recomendaciones de las cuales:

1. En cuanto a las políticas y programas la Pirámide documental registra en las vigencias 2018 y 2019 la siguiente información:

CODIGO DOCUMENTO	SEGUIMIENTO VIGENCIA 2019	CODIGO DOCUMENTO	AUDITORIA VIGENCIA 2018
01GC06-V3	PROGRAMA PGIRHYS 2019'	01GC06-V1	PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES
01GC07-V1	PROGRAMA GESTION AMBIENTAL	01GC07-V2	PROGRAMA GESTION AMBIENTAL
01DE09-V1	PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y AMBIENTAL	01DE09-V1	PROGRAMA RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIAL Y AMBIENTAL
01GC13-V1	PGIRSHYS SAN CAYETANO	01GC13-V1,	GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS - SAN CAYETANO
01GC14-V1	PGIRSHYS COGUA		
01GC16-V1	PGIRSHYS UFZ		
		01GC10-V1	PROGRAMA DE RECICAJE
		01GC08-V1	PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE AGUA
		01GC09-V1	PROGRAMA DE AHORRO Y USO EFICIENTE DE ENERGÍA

Fuente: Gestión Documental - Intranet

2. El PUMP 2019 del proceso Gestión de la calidad, publicado en la Intranet, registra ocho (8) de las recomendaciones de la Auditoría realizada por Control Interno en la vigencia 2018.
3. La tabla de seguimiento de recomendaciones de la Auditoria de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la

Samaritana registra en el informe diez (10) recomendaciones, ocho (8) de ellas se encuentran registradas en el PUMP 2019 del proceso de Gestión de la calidad y Una de las ocho (8) registra dentro de su descripción de acciones en el PUMP NA, por lo tanto, siete de las recomendaciones registran acciones de mejora en inicio ; lo que corresponde al 70%.

4. De las recomendaciones generadas por la Auditoria una vez realizado el seguimiento a las acciones de mejora del PUMP 2019 del proceso Gestión de la calidad registra los siguientes indicadores:

DESCRIPCION	CUMPLIMIENTO %	OBSERVACIONES
Se cumplen	10%	
En desarrollo	40%	Se dio inicio a la actividad de la Acción de mejora.
Sin Avance para su cumplimiento	30%	No registra avances para el cumplimiento de la acción de mejora.
No incluidos en el PUMP 2019	20%	

Fuente: Seguimiento a la Auditoria de vigencia 2018

5. El 50% de las recomendaciones generadas en la Auditoria de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.
6. El mapa de riesgos institucional de la vigencia 2019 , en el formato institucional de riesgos, registra el riesgo INADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, no identifica ningún otro riesgo anexo al PGIRHS,
7. En el seguimiento a la gestión integral de residuos hospitalarios y similares se evidencia dentro de la pirámide documental la inclusión de la Unidad Funcional Zipaquirá y centro de salud de Cagua.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se reiteran las recomendaciones registradas en la Auditoria de segregación en la fuente, desactivación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final, proceso de residuos hospitalarios y similares de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.
- ✓ Se recomienda consignar en el mapa de riesgos de la Institución y del proceso los posibles riesgos que se pueden materializar con las acciones de mejora que se vienen iniciando y/o desarrollando para dar cumplimiento a las recomendaciones.

NEW



- ✓ SE recomienda que se evidencien en documentos las directrices del Nominador del gasto de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
- ✓ Los programas de carácter ambiental, presentados por los responsables deberán minimamente ser aprobados por el representante legal, tendrán, además de sus diseños la etapa de implementación y medición; por lo que se debe establecer en la medición la adherencia la población objeto, el seguimiento a la implementación, la oportunidad en su ejecución, las medidas de contingencia, todo lo anterior deberá estar contenido en un informe de gestión del programa.
- ✓ El grupo GAGAS y los responsables en la materia de la presente auditoria, están obligados a conocer toda la normatividad, formar y asesorar al nivel directivo y a quienes concierna el tema.
- ✓ El grupo GAGAS tiene dentro de sus funciones asesorar y recomendar, por lo tanto deberá realizar estas funciones ante el representante legal para la mejor toma de decisiones.
- ✓ En cuanto a los residuos reciclables:
 1. La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana tiene bajo su responsabilidad el manejo de los bienes y recursos públicos para la prestación de servicios a la población, por tanto deberá realizar uso adecuado de los mismos.
 2. Es necesario referenciarse con entidades pares para informasen de los procedimientos de destino de los residuos reciclables, acción que deberá ejecutarse e informar antes de la toma decisiones.
Lo anterior con el fin de ajustar los precios de venta de los residuos reciclajes de forma equivalente a los Hospitales clínicas y/o instituciones prestadoras de servicios de salud, toda vez que se observó desde la Auditoria de la vigencia 2018, que los valores de compra son inferiores a los comparados.
 3. Establecer mecanismos y acciones efectivas, diferentes a las capacitaciones, para la correcta y adecuada segregación en la fuente.
 4. El direccionamiento sobre el tema de destino final, deberá contar con asesoría de la oficina asesora jurídica, esto con el fin de no incurrir en errores.
 5. Frente a las acciones que han ejecutado en materia del destino y manejo de los residuos reciclables deberán revisarse por el grupo GAGAS para que recomiende debidamente al representante legal.

La oficina de Control Interno fue enterada por parte del Trabajador en misión- ingeniero ambiental, de que los estudios de necesidades (estudios previos) para el destino final de los residuos reciclables fueron devueltos para ajustarlos, con el fin de que su destino final se realice con la figura de *donación*; lo cual no tiene ningún sentido ya que históricamente la E.S.E. ha percibido ingresos por concepto de la venta de los residuos reciclables y no hay justificación porque el cambio. Lo anterior con el fin de evitar que de manera injustificada se donen a la misma compradora, al cual se le estaba vendiendo sin que medie ningún tipo de contrato y/o convenio.

El presente informe es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, si bien es cierto la información es de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos, no son de carácter individual ni personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados y los planes de mejoramiento a que dé lugar son de carácter institucional.



YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Control Interno



MARIA CLARA MARTINEZ R.
Profesional Especializado

Bogotá, diciembre 4 de 2019