

INFORME AVANCE CONTROL INTERNO

RESULTADOS AUDITORÍA INTERNA SEGUNDO SEMESTRE Y
CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTOOSCAR JOSUE MELO
Jefe De Control Interno

PERIODO EVALUADO:

Del 01 de Febrero al 20 de Diciembre 2021

FECHA DE ELABORACION:

24 de enero de 2022

MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios del municipio de Betulia, en cumplimiento de la ley, las orientaciones emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el sistema de control interno contemplado en la Ley 87 de 1993.

El presente informe, comprende todas las actividades efectuadas durante el segundo semestre del año 2021, donde se puede observar: las auditorías internas realizadas a las áreas contempladas en el plan de auditorías, el informe detallado de cada auditoría realizada y el plan de mejoramiento a cada una de las áreas.

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	INFORME AVANCE CONTROL INTERNO	COD: FR-SIAU-04	
		VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

DESARROLLO DEL INFORME

Informe Ejecutivo Anual de Control Interno (Daft)

Este informe está asociado con la encuesta del MECI aplicativo FURAG – Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión, que es una herramienta en línea que permite realizar monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales y sectoriales.

El informe de Gestión y Desempeño Institucional del Hospital San Juan de Dios del municipio de Betulia, fue presentado en el mes de marzo de 2021, como se muestra a continuación:



El Departamento Administrativo de la Función Pública

CERTIFICA

Que se ha diligenciado la información a través del aplicativo FURAG, con las siguientes condiciones:

ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

DEPARTAMENTO: Santander

MUNICIPIO: BETULIA

TIPO DE FORMULARIO: MIPG

ROL DILIGENCIADOR: Jefe de control interno

NOMBRE DILIGENCIADOR: OSCAR JOSUE SANABRIA con C.C No.5796551

HABILITADO DESDE – HASTA: 29/01/2021 - 15/04/2021

VIGENCIA REPORTADA: 2020

NIVEL DILIGENCIAMIENTO: Completo

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	INFORME AVANCE CONTROL INTERNO	COD: FR-SIAU-04	
		VERSION: 01	FECHA: 07- SEPTIEMBRE- 2021

Actividades desarrolladas durante la vigencia 2021

- Realización de las auditorías propuestas en el cronograma de auditorías hasta el mes de diciembre para la vigencia 2021, documento aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno. De las auditorías presentadas en el cronograma mencionado, sólo a una de ellas no se realizó el informe de auditoría ni el plan de mejoramiento, y fue la del área de archivo
- Se coordinó con Planeación y Talento Humano las acciones correctivas, metas y avances frente al Plan de Mejoramiento de Auditorías.

Auditorías desarrolladas por el segundo semestre del 2021

Para el segundo semestre del año 2021, se realizaron auditorías a las áreas de: farmacia, urgencias y consulta externa, ambulancias, SIAU, vacunación y archivo.

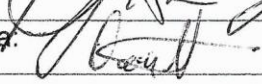
A continuación, se puede evidenciar el Plan de Auditorías previsto para la vigencia 2021, aprobado en el mes de marzo por el comité institucional de control interno. Asimismo, de las auditorías realizadas se puede evidenciar el respectivo informe de la auditoría realizada y plan de mejoramiento.

PROGRAMA DE AUDITORÍAS

	PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS INTERNAS	FECHA: 26-MARZO-2021
		COD: PL-GA-01
		VERSIÓN 01

PROGRAMA PARA EL AÑO: 2021			MESES PARA EJECUTAR LA AUDITORÍA											
ÁREA o PROCESO	RESPONSABLE DEL ÁREA O PROCESO	EQUIPO AUDITOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAY	JUN	JUL	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS	ENFERMERAS - JEFE Y MEDICOS	Oscar Melo								X				
ARCHIVO	FANNY RUEDA	Oscar Melo											X	
AMBULANCIAS	HORACIO NAVARRO ESTEBAN JAIMES	Oscar Melo										X		
FARMACIA	GLADYS DAYANA	Oscar Melo								X				
VACUNACIÓN	GLADYS VERA	Oscar Melo					X							
SIAU	ESTEBAN JAIMES	Oscar Melo										X		

*Colocar las iniciales de los responsables y del equipo auditor.

Revisado: Oscar J Melo	Firma: 	Fecha: 03 marzo 2021
Aprobado: Miguel R Tuta	Firma: 	Fecha: 03 marzo 2021
Elaborado: Diana Rueda	Firma: 	Fecha: 03 marzo 2021

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
CRECIENDO JUNTOS			
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
			VERSION: 01

LISTA DE VERIFICACIÓN FARMACIA	
AUDITOR: OSCAR JOSUE MELO	
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: GLADYS DAYANA RUEDA	FECHA: 22 DE AGOSTO 2021
PROCESO: FARMACIA	TIEMPO ESTIMADO: 8:00 AM – 3:00PM

	ACTIVIDAD	C	NC	NA	OBSERVACIONES
1	Están marcados los medicamentos dentro de la farmacia y los demás servicios con una tirilla adhesiva que va a tener por nombre medicamento de alto riesgo.	x			Pendiente por marcar varios medicamentos
2	Los medicamentos se encuentran semaforizados.	x			
3	Existe instructivo de semaforización.	x			
4	Los medicamentos LASA se encuentran marcados.		x		Se cuenta con listado, en proceso los sticker
5	Los registros de temperaturas y almacenamiento se encuentran completamente diligenciados a la fecha.	x			
6	Se realiza higiene de manos correctamente antes de empezar a laborar	x			
7	Tiene las uñas cortas y sin esmalte	X			
8	Manos y muñecas libres de accesorios	X			
9	Los residuos se encuentran clasificados correctamente.	X			
10	El área se encuentra limpia.	X			
11	Las superficies se encuentran secas ya que la humedad favorece la multiplicación de los gérmenes.	X			
12	No se encuentra residuos de comida en neveras o sitio de trabajo.	X			
13	Se encuentra correctamente diligenciado el formato de limpieza y desinfección a la fecha.	X			
14	El personal que realiza la labor de los procesos generales del Servicio: Recepción, almacenamiento, dispensación, corresponde a la necesidad y satisfacción de la demanda	X			1 regente
15	El servicio farmacéutico está ubicado en un lugar independiente con facilidad de acceso para los usuarios.	X			
16	Se evidencia aviso exterior e interior de: horario de atención, informativos de espacio libre de humo de cigarrillo, requisitos de la formula médica y acceso restringido al personal ajeno a la farmacia.		X		En proceso de elaboración

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
			VERSION: 01 FECHA: 07-JULIO-2020

	ACTIVIDAD	C	NC	NA	OBSERVACIONES
17	Se evidencia equipos e implementos de seguridad en funcionamiento y ubicados donde tengan fácil acceso (extintores).	X			
18	Realiza el control de fechas de vencimiento de los medicamentos a través de la semaforización.	X			
19	Garantiza las condiciones de temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. Incluye cadena de frío. Cuenta con registro diario de temperatura, humedad relativa y red de frío para el almacenamiento y conservación de los medicamentos.	X			
20	Se cumple con rotación adecuada de fecha de vencimiento de los productos farmacéuticos (primeros en vencer, primeros en salir).	X			
21	Realizan inventario periódico (trimestral O semestral)	X			semestral
22	Existe protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos LASA, medicamentos de estrecho margen terapéutico y medicamentos de alto riesgo.		X		en proceso de elaboración
23	Se revisan 10 medicamentos Y Dispositivos médicos verificando que cumplan con sus especificaciones correspondientes: lote, fecha de vencimiento, registro Invima, cantidad.	X			biperideno sobrante 15 clopidogrel sobra 8 dicloxacilina 500 mg faltan 20 dihidrocodeína suspensión sobra 1 levetiracetam 500mg faltan 5 cystoflo falta 1

Observaciones:

En la auditoria se evidencia que la falta de los medicamentos se debe a que el personal de enfermería y los médicos, en las jornadas de urgencias, sacan medicamentos, pero no dan aviso a la persona encargada (Regente). Por lo tanto, ella no puede registrar salida de los mismos.

En cuanto a sobrantes la Regente comenta que ocurre ya que, al momento de entregar medicamentos, los factura, pero el usuario los devuelve porque (tiene mucho en la casa o simplemente no desea llevarlos)

Auditor: Oscar Josue Melo

Oscar Josue Melo
Diligenciado por

Nombre y Firma del Auditor

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	INFORME DE AUDITORÍA FARMACIA	CÓDIGO F-8314-08
		VERSIÓN 01

PROCESO (S): FARMACIA		Auditoría N°: 001	
Equipo Auditor: OSCAR JOSUE MELO		Duración Auditorías (horas): 7 HORAS	Auditados: GLADYS DAYANA RUEDA
DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS			
Proceso:			
N°	No Conformidades		
1	Los medicamentos de alto Riesgo deberían tener todos dicha marcación, pero aún están pendientes varios.		
2	Aviso de horario de atención, informativo de espacio libre de humo y acceso restringido no se evidencian.		
3	No se evidencia en el día de la auditoría el protocolo de marcación e identificación de medicamentos LASA. La profesional indica que están en elaboración del mismo.		
4	En la verificación de medicamentos y dispositivos médicos (10) se logra identificar sobrantes y faltantes de: BIPERIDINO – SOBRAN 15 CLOPIDOGREL – SOBRAN 8 DICLOXACILINA 500MG – FALTAN 20 DIHIDROCODEINA SUSPENSIÓN – SOBRA 1 LEVETIRACETAM 550MG – FALTAN 5 CYSTOFLO – FALTA 1		
N°	Observaciones		
1	De manera general en resultado de la auditoría se puede evidenciar varias falencias, como lo es protocolo medicamentos LASA. En cuanto a avisos de horarios y demás sigue pendiente ponerlo en la cartelera o un lugar visible para información de los usuarios. En cuanto a sobrantes y faltantes, se debería revisar esta parte para evitar errores en inventario y por lo tanto pérdidas para el hospital.		
N°	Fortalezas		
1	Todos los medicamentos están semaforizados correctamente, igual cuentan con el respectivo instructivo.		
2	El registro de temperatura y almacenamiento están al día.		
3	Cumplen con uñas cortas sin esmalte y sin accesorios.		
4	El formato de limpieza y desinfección está completamente diligenciado.		

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

Deben tener control en cuanto a salida de medicamentos, en caso de los sobrantes, como lo comenta la regente que se debe a la devolución del paciente, se debería validar antes de facturar el medicamento.

De esta manera se evita el descuadre en inventario.

En cuanto a faltantes, lo ideal sería que en horario de urgencias si sacan algún medicamento de la farmacia, dejar nota, para al día siguiente la regente pueda registrar la salida del mismo.

Se recomienda tener el protocolo de medicamentos LASA, para la correcta identificación de estos medicamentos, al igual que su respectiva marcación.

APROBACIÓN DEL INFORME

Fecha:	Firma Auditado:	Firma Auditor Líder:
22/08/2021	<i>Glady Dayana Rueda</i>	<i>[Firma]</i>

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA

GESTIÓN ESTRATÉGICA

PLAN DE MEJORAMIENTO

GAF-FO-02

Página 1 de 1

Versión 1

Abril de 2020

NOMBRE DEL PROCESO: ESTANDARES ASISTENCIALES DEL PROCESO DEL CLIENTE ASISTENCIAL.
AREA: FARMACIA

META A LOGRAR: Cumplimiento del 95% de las acciones

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR EL PLAN DE MEJORA: SERVICIO FARMACIA – REGENTE – ENFERMERIA

QUE (Actividades a realizar para bloquear la causa)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)		DONDE (Lugar donde se realiza la actividad)	PORQUE (Propósito de la actividad)	COMO (Pautas para realizar la actividad)	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA
		FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN				
Implementar aviso exterior Horario de atención, informativos de espacio libre de humo y acceso restringido.	Servicio farmacéutico	Agosto 2021	Diciembre 2021	Servicio farmacéutico	Para dar cumplimiento a RESOLUCIÓN NÚMERO 1403 DE 2007 Capítulo II	Realizar los avisos correspondientes en lugares visibles según norma.	Seguimiento
Implementar protocolo para medicamentos: LASA, medicamentos de estrecho margen terapéutico y medicamentos de alto riesgo y la marcación de los mismos.	Servicio farmacéutico – Calidad	Agosto 2021	Diciembre 2021	Servicio farmacéutico	Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad.	Dar inicio con la clasificación de estos medicamentos, identificarlos para poder implementar el protocolo	Se han hecho auditorías aleatorias para revisar el proceso
Realizar la verificación de inventario de farmacia, debido a faltantes y sobrantes.	Servicio farmacéutico	Agosto 2021	Septiembre 2021	Servicio farmacéutico	Con el fin de dar cumplimiento al 1403 DE 2007.	Llevar el control real de medicamentos entregados a cada paciente, registro de medicamentos que toman prestados en urgencias, pero que no devuelven.	Revisión por parte de regente

RESPONSABLES APLICAR PLAN DE MEJORA

Glady's Dayana Rueda Vera
 GLADYS DAYANA RUEDA VERA

[Firma]

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
	VERSION: 01	FECHA: 07-JULIO-2020	

LISTA DE VERIFICACIÓN URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	
AUDITOR: OSCAR JOSUE MELO	
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: JEFE ENFERMERIA, ENFERMER@S Y MEDICOS	FECHA: 17 DE SEPTIEMBRE 2021
PROCESO: URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	TIEMPO ESTIMADO: 8:00 AM – 3:00PM

ACTIVIDAD	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Existen los respectivos cuadros de turnos (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de enfermería, personal TAB).	X			No esta impreso solo lo tienen por correo
Si hay cambio de personal en el turno respectivo, están registrados y firmados los cambios.	X			
El personal está completo e ingresa puntual a laborar	X			
El personal asistencial porta la vestimenta adecuada de acuerdo a las normas de bioseguridad como también el uniforme y el carné correctamente.	X			No portan el carnet
El personal aplica las normas de bioseguridad necesarias durante la atención de los pacientes (lavado de manos, higiene de manos según los 5 correctos, normas de aislamiento, entre otros).	X			No cuentan con toallas de papel desechables
El personal asistencial utilizalas medidas de protección pertinentes. (guantes, tapabocas, etc.)	X			
El carro de paro se encuentra limpio y sellado y completo	X			Este sellado
La carpeta de verificación diaria de carro de paro contiene; El formato debidamente diligenciado SU-S1-F1 Lista de chequeo carro de paro y ADT-S4-F5 Acta de revisión de carro de paro.	X			
Se encuentra el formato de verificación de medicamentos de carro de paros diligenciado. SU-S1-F19 Verificación y semaforización diaria de carro de paro.	X			
Se encuentra el formato apertura de carro de paros debidamente diligenciado. SU-S1-F18 Acta apertura carro de paro.		X		La enfermera indica que no tienen ese formato
Se realiza verificación de fechas de vencimiento del stop de medicamentos del servicio.	X			
Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, los rótulos están debidamente diligenciados y no contienen agujas reenfundadas		X		El guardián está, pero no tienen rotulado.
El Jabón Quirúrgico (quirucidal), tiene la fecha de cambio y posee fecha de apertura	X			Recomendación cambiar a adhesivo
El Alcohol Glicerinado de las habitaciones tienen fecha de cambio y posee fecha de apertura.	X			Recomendación cambiar a adhesivo
Otros Reenvasados (Enziger, quiruger, gel conductor) poseen fecha de apertura y de cambio				Recomendación cambiar a adhesivo

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		COD: FR-SIAU-04
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		VERSION:
			FECHA:
		01	07-JULIO-2020

ACTIVIDAD	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Los dispositivos y paquetes de materiales estériles presentan fechas de vencimiento vigentes	X			Se observa fechas cercanas a vencer por falta de papel crepado y cinta demarcar
Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica sistematizada.	X			
Las ordenes medicas para la realización de procedimientos o administración de medicamentos están descritas.	X			
Todos los procedimientos realizados por el personal de enfermería son soportados con ordenes médicas y registrados en la historia clínica.	X			
Los procedimientos realizados se encuentran registrados en las anotaciones de enfermería.	X			
Los procedimientos pendientes por realizar quedan registrados en las notas de enfermería.	X			
El Kardex de enfermería esta actualizado y completamente diligenciado.		X		Hay lista pero no está actualizada desde el mes de mayo
Se está realizando de forma oportuna el reporte de falla de calidad y eventos adversos.	X			
El personal utiliza y aplica las listas de chequeo divulgadas por la institución (entrega de turno, entre otras).	X			
Se verifica el no reuso de dispositivos de un solo uso.	X			
La señalización para la evacuación en caso de emergencias es clara y consistente con las rutas correspondientes		X		Por la construcción en curso debe reubicarse
Los extintores están correctamente ubicados, señalizados, con carga reglamentaria, fecha vigente e instrucciones de uso		X		No hay extintores
Las zonas de acceso restringido se encuentran debidamente demarcadas (cuartos de residuos, cuartos de almacenamiento de equipos, u otros espacios que generen riesgo)		X		Se deben reubicar por la construcción en curso
Adecuado lavado de manos.	X			
Adecuado estado de los equipos biomédicos.	X			
El área se encuentra en óptimas condiciones de aseo y limpieza (habitaciones de usuarios, estación de enfermería, cuarto limpio, cuarto sucio, cuarto de ropa, etc.).	X			
Las paredes, puertas, techos, muros, ventanales y otros elementos de infraestructura se encuentran en buenas condiciones de mantenimiento.	X			Las puertas como el techo tienen deterioro por el tiempo
Se cuenta con los recipientes necesarios para la gestión de los residuos y cumplen con las características reglamentarias.	X			No funciona el pedal
Se observa una correcta segregación de los residuos en los diferentes recipientes.	X			
El talento Humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión u ocupación	X			
El médico General que recibe al paciente, usa las respectivas medidas de protección y de bioseguridad	X			
Hay existencia de evidencia documentada del proceso de consulta para cada paciente	X			
Cumplen con la existencia de los protocolos materno perinatal.	X			

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



AUDITORIA CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-JULIO-2020

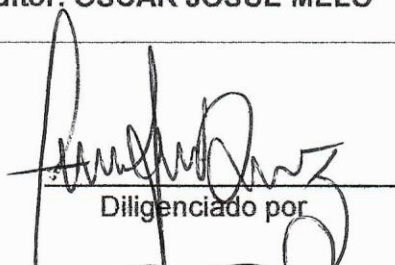
Aplican la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y Norma técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres.		X		pendiente actualizar
Existencia de Historias Clínicas	X			
El personal maneja agenda de citas, ya sea virtual o físico	X			virtual drive
Llevar o manejan inventario Documental		X		pend actualizar 2019
Realizan envíos de los respectivos informes semanales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública	X			semanales
Se están realizando las actividades del PIC	X			
Cuentan con los equipos necesarios para el desarrollo de sus actividades	X			pero son muy lentos debido a la cantidad de información
Cuenta con personal idóneo para los diferentes procesos que se realizan	X			
Las hojas de vida del personal cuentan con: formato único de hoja de vida, diploma, acta de grado, verificación del título.	X			

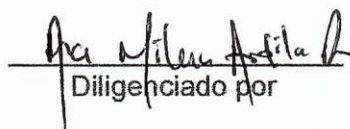
Observaciones:

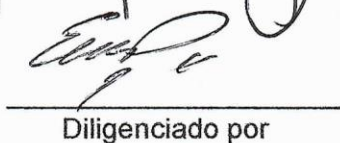
De manera general se realizan recomendaciones tanto al personal de enfermería como a farmacia, para tener la parte de los medicamentos, como Kardex y carro de paro al día.

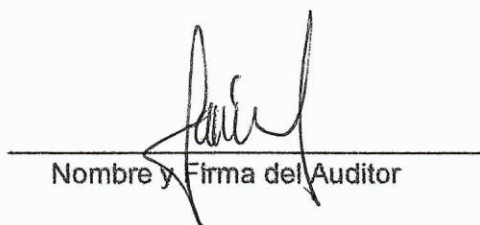
También se recomienda mejorar los materiales necesarios para poder mantener los materiales esterilizados y no dejar vencidos, por falta de material.

Auditor: OSCAR JOSUE MELO


Diligenciado por


Diligenciado por


Diligenciado por


Nombre y Firma del Auditor

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	INFORME DE AUDITORÍA URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO F-8314-08
		VERSIÓN 01

PROCESO (S): URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA		Auditoría N°:001	FECHA: 17 DE SEPTIEMBRE 2021
Auditor Líder: OSCAR JOSUE MELO SANABRIA		Duración Auditorías (horas):6 HORAS	Auditados: Médico – Enfermer@s – Jefe Enfermería
DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS			
Proceso: URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA			
N°	No Conformidades		
1	El cuadro de turnos no lo tienen impreso, la enfermera indica que lo manejan solo por correo.		
2	Se evidencia que no portan su carnet.		
3	No cuentan con el formato de apertura de carro de paro.		
4	Ninguno de los guardianes tiene su respectiva rotulación.		
5	Los rotulados de los reenvasados están pegados con cinta.		
6	Se observa fechas cercanas a vencer por falta de papel crepado y cinta de marcar.		
7	Listado de medicamentos (Kardex) no lo actualizan desde Mayo		
8	Señalizaciones mal ubicadas debido a la construcción		
9	No se evidencia extintores en su lugar.		
10	No cuentan con toallas de papel desechables		
N°	Observaciones		
1	En el resultado de la auditoria pudimos observar varias cosas a mejorar, eso depende y se liga al compromiso del personal con la E.S.E. de esto dependerá el buen funcionamiento de la misma.		
N°	Fortalezas		
1	El personal tanto de enfermería como médicos cumplen con su horario de ingreso.		
2	El carro de paro este sellado y cumplen con los formatos de verificación por parte de farmacia		
3	Cumplen con la verificación de medicamentos del stop del servicio		
4	Historias clínicas de cada paciente atendido realizadas		
5	Cumplen con la ordenes medicas de cada paciente		
6	Los procedimientos pendientes por realizar dejan su respectiva nota.		
7	Adecuado lavado de manos y libre de accesorios		
8	El estado de los equipos biomédicos es optimo		
9	Segregan los residuos de manera correcta		
10	Usan las medidas de protección y de bioseguridad		

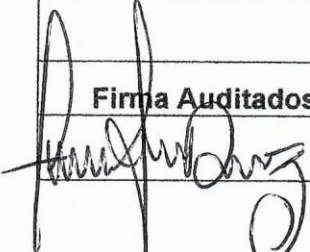
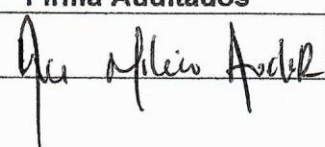
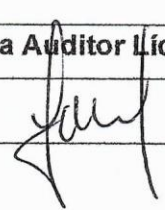
11	Protocolo materno perinatal actualizado vigencia 2021
12	La agenda de citas se maneja por medio de Drive en línea.
13	Cumplen con los envíos de los informes semanales al sistema de vigilancia.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

De manera general el resultado de la auditoria se encuentran varias cosas por mejorar en cuanto a cumplimientos de normatividad como lo es: portar el respectivo carnet, tener el cuadro de turnos impreso en caso de cualquier cambio o novedad y la falta de material en el proceso de esterilización ya que se evidenciaron varios próximos a vencer, pero la enfermera indica que deben ahorrar el material al máximo ya que no tienen, deben llevar prestado de otras áreas, se hace la recomendación a Gerencia para llevar mas control de gastos de estos materiales que son vitales para el buen estado del instrumental.

se sugiere también mejorar los rotulados de los reenvasados ya que están pegados con cinta transparente y debería ser un adhesivo, para evitar la propagación de gérmenes.

APROBACIÓN DEL INFORME

Firma Auditados	Firma Auditados	Firma Auditor Líder
		

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA		GESTIÓN ESTRATÉGICA	
	PLAN DE MEJORAMIENTO		GAF-FO-02	Página 1 de 1
			Versión 1	Abril de 2020

NOMBRE DEL PROCESO: ESTANDARES ASISTENCIALES DEL PROCESO DEL CLIENTE ASISTENCIAL

AREA: URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA

META A LOGRAR: Cumplimiento del 95% de las acciones

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR EL PLAN DE MEJORA: ENFERMERAS, MEDICOS Y ADMINISTRACIÓN

QUE (actividades a realizar)	QUIEN (Responsable de ejecutarla)	CUANDO (Fecha de terminación de la actividad)		DONDE (Lugar donde se realiza la actividad)	PORQUE (Propósito de la actividad)	COMO (Pautas para realizar la actividad)	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA
Tener impreso el cuadro de turnos	Enfermeros	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACION	Urgencias	Para cualquier cambio poderlo registrar de forma inmediata	Cada vez que llegue el correo por parte del encargado de organizar los turnos, imprimirlo de inmediato.	Próximo auditoria debe estar el cuadro en la cartelera.
Formato apertura carro de paro	Calidad y Enfermería	Septiembre 2021	Diciembre 2021	Urgencias	Para tener el control de cada apertura	Calidad debe enviar el respectivo formato de apertura para dar inicio con su diligenciamiento.	Revisión próxima auditoria
Rotular los guardianes	Enfermería	Inmediato	Inmediato	Urgencias y consulta Externa	Cumplir el protocolo del manejo de cortopunzantes	Cada vez que cumpla la fecha de recolección cambiar el rotulo nuevamente	Revisión próxima auditoria
Actualizar mensualmente el listado de medicamentos (KARDEX)	Enfermería	Septiembre 2021	Diciembre 2021	Urgencias	Saber cuáles medicamentos están listados a vencer u agotarse.	Junto con farmacia se debe hacer el cruce de la información cada mes.	Revisión
Tener material suficiente para mantener	Administración	Septiembre 2021	Diciembre 2021	Urgencias	Con la finalidad de evitar que se las fechas de	Mantener el material requerido como el papel crepado y la cinta de marcación.	Revisión próxima auditoria



ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA

PLAN DE MEJORAMIENTO

GESTIÓN ESTRATEGICA	
GAF-FO-02	Página 1 de 1
Versión 1	Abril de 2020

material esterilizado	Administración	Septiembre 2021	Diciembre 2021	Urgencias	vencimiento caduquen	Revisión en próximas auditorías
Cambiar los rotulados de los reenvasados a adhesivo					Evitar la propagación de gérmenes	Crear el mismo diseño de Rotulado, pero en adhesivo

RESPONSABLES APLICAR PLAN DE MEJORA


ENFERMER@S


MÉDICOS


JEFE ENFERMERIA


ADMINISTRACIÓN

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
CRECIENDO JUNTOS			
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
			VERSION: 01

LISTA DE VERIFICACIÓN AMBULANCIA OBS 213	
AUDITOR: OSCAR JOSUE MELO SANABRIA	
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: HORACIO NAVARRO – CRISTIAN CAMACHO - BLANCA ANGARITA – ESTEBAN JAIMES	FECHA: 05 NOVIEMBRE 2021
PROCESO: AMBULANCIAS	TIEMPO ESTIMADO: 8:00 AM – 3:00PM

N.º	PREGUNTA	C	NC	OBSERVACIONES
1	El talento Humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión u ocupación	X		
2	El conductor y la enfermera que hacen uso de la ambulancia para los transportes cumplen con los protocolos de Bioseguridad	X		
3	Existe inventario de los medicamentos y dispositivos médicos	X		
4	Buenas condiciones de las conexiones eléctricas	X		
6	Los dispositivos médicos y medicamentos están en una buena ubicación.		X	En cuanto a medicamentos está bien, pero en cuanto a Dispositivos Los cajones donde se guardan los dispositivos están sucios y llenos de polvo.
7	Los guardianes cuentan con su respectiva Rotulación y están en buen estado		X	No tiene Rotulado
8	Se evidencia equipos e implementos de seguridad en funcionamiento y ubicados donde tengan fácil acceso (extintores).	X		
9	Estado de los Dispositivos médicos Dentro de la ambulancia	X		
10	El personal porta la dotación correspondiente: carnet, uniforme completo y zapatos cerrados.	X		
11	Los vehículos se mantienen en condiciones adecuadas de conservación, higiene y limpieza.	X		
12	Registro de traslado asistencial	X		

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
			VERSION: 01

13	Equipos biomedicos en buen estado	X		
14	Estado de las luces de los vehiculos	X		
15	Inventario de medicamentos actualizado mes actual, se verifican cada uno de ellos para confirmar cantidades.	X		Esta actualizado a mes de noviembre y completo, están pendientes de firma de enfermera y Regente lista de inventario.
16	Cuentan con dispensadores de alcohol debidamente rotulados.		X	Si hay un frasco, pero no cuenta con Rotulado
17	El Aire acondicionado esta funcionando		X	No Funciona

Gerardo Paredes
Diligenciado por

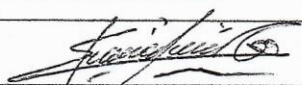
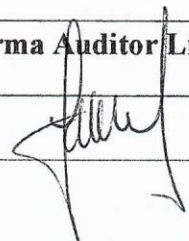
Christian Fdo Camacho
Diligenciado por

[Signature]
Diligenciado por

Diligenciado por

[Signature]
Auditor

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	INFORME DE AUDITORÍA AMBULANCIA OBS 213	CÓDIGO F-8314-08
		VERSIÓN 01

PROCESO (S): AMBULANCIA		Auditoría N°: 001
Equipo Auditor: OSCAR JOSUE MELO	Duración Auditorías (horas): 7 HORAS	Auditados: HORACIO NAVARRO CRISTIAN CAMACHO - BLANCA ANGARITA – ESTEBAN JAIMES
DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS		
Proceso:		
N°	No Conformidades	
1	El guardián no tiene rotulado	
2	Actualmente no le esta funcionando el aire acondicionado	
3	Los frascos de alcohol no tienen rotulado	
N°	Observaciones	
1	El inventario de medicamentos y dispositivos esta completo, pero la hoja de entrega del mes de noviembre, esta pendiente por firmar de enfermera quien recibe stock de medicamentos y Dispositivos médicos y de la Regente quien entrega	
N°	Fortalezas	
1	Cumplen con todos los protocolos de bioseguridad tanto el conductor como los enfermeros	
2	Existe el inventario de medicamentos y Dispositivos médicos y esta completo	
3	El personal cumple al usar la dotación con uniforme completo y su respectivo carnet	
4	Manejan planilla de traslado asistencial	
5	Equipos Biomédicos en buen estado	
CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA		
De manera general cumplen con lo requerido por resolución en cuanto a implementos, bioseguridad y limpieza. Deben mejorar y estar retirando y actualizando el Guardian y rotularlos al igual que los dispensadores de alcohol.		
APROBACIÓN DEL INFORME		
Fecha:	Firma Auditado:	Firma Auditor Líder:
05/11/2021		

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA		CONTROL INTERNO	
	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA			
		Versión 1	Abril de 2020	

NOMBRE DEL PROCESO: ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

AREA: AMBULANCIA

META A LOGRAR: Cumplimiento del 95% de las acciones

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR EL PLAN DE MEJORA: AMBULANCIA – TRANSPORTE ASISTENCIAL

METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO		OBSERVACIONES
		INICIO	FIN	
Tener Rotulado los guardianes	Solicitar nuevos guardianes a Descont	inmediato	Inmediato	Se realizo el cambio el mismo día de la auditoria
Rotular los dispensadores de alcohol	La persona encargada (enfermer@) deberá rotular el dispensador de alcohol cada vez que lo llene	Inmediato	Inmediato	Indican que realizaran la mejora en el transcurso de la semana.

RESPONSABLES APLICAR PLAN DE MEJORA



ENFERMER@S

ENFERMER@S

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	CRECIENDO JUNTOS		
	AUDITORIA CONTROL INTERNO		COD: FR-SIAU-04
		VERSION: 01	FECHA: 07-JULIO-2020

LISTA DE VERIFICACIÓN SIAU					
AUDITOR: OSCAR JOSUE MELO					
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO: ESTEBAN JAIMES				FECHA: 15 DE OCTUBRE 2021	
PROCESO: SIAU				TIEMPO ESTIMADO: 8:00 AM – 2:00PM	
PREGUNTA / ACTIVIDAD	C	NC	O	OBSERVACIONES	
1 Se han identificado barreras de acceso en los diferentes servicios de la ESE, se ha realizado análisis y se han establecido herramientas para disminuirlas	X				
2 Verificar que en las actas de comité de ética hospitalaria se traten y ejecuten temas relacionados con la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.	X				
3 Se cuenta con resolución interna que dentro de sus funciones se encuentre la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados	X				
4 Se han realizado análisis de los resultados de tabulación de las encuestas de satisfacción	X				
5 Se han Realizado encuestas de satisfacción a por lo menos el 10% de los usuarios que asisten a la ESE en los diferentes servicios	X				
6 Se formulan acciones de mejora en base a las quejas para evitar que vuelvan a ocurrir en la institución	X				
7 Se realiza análisis de los consolidados mensualmente de las quejas, peticiones, sugerencias y felicitaciones y se realiza el debido proceso de investigación y solución de la queja en los tiempos permitidos por ley	X				
8 Se realiza apertura Semanal de los buzones de sugerencias y se cuenta con actas de apertura	X				
9 Se tiene un manual o documento en donde indica estrategias para promover el trato digno y sin discriminación a los pacientes de la institución.	X				
10 Se tiene definida una política de trato digno y atención al ciudadano socializada al personal	X				
11 Se cuenta con un cronograma para las actividades de difusión de derechos y deberes a usuarios y funcionarios de la institución		X			

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS



AUDITORIA CONTROL INTERNO

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01

FECHA:
07-JULIO-2020

12	Cuenta con un documento o manual institucional en donde estén definidos los derechos y deberes de los usuarios en el cual se establezcan mecanismos para una difusión	X			
13	Conocimiento por parte de los usuarios sobre sus derechos y deberes. Se pregunta a una muestra de 10 usuarios repartidos por los diferentes servicios de la institución si conocen al menos 3 derechos y 3 deberes como usuarios.		X		En el grupo de 10 personas el 50 % indica no tener conocimiento sobre el tema.

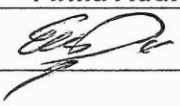
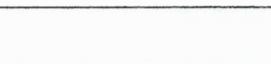
Observaciones:

Auditor: Oscar Josué Melo Sanabria

Esteban James G.
Diligenciado por
Lider SIAU

Nombre y Firma del Auditor

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	INFORME DE AUDITORÍA SIAU	
		CÓDIGO F-8314-08
		VERSIÓN 01

PROCESO (S): SIAU		Auditoría N°:001	FECHA: 15 DE OCTUBRE 2021
Auditor Líder: OSCAR JOSUE MELO SANABRIA		Duración Auditorías (horas):6 HORAS	Auditados: ESTEBAN JAIMES G
DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS			
Proceso:			
N°	No Conformidades		
1	No cuenta con un cronograma para la realización de las actividades de difusión de derechos y deberes		
N°	Observaciones		
1	Recomendaciones generales en cuanto al cumplimiento de entrega de folletos a usuarios para que se haga un tipo de difusión sobre sus derechos y sus deberes, ya que a las personas a las cuales se les pregunta de las 10 personas, la mitad indica no tener mayor conocimiento sobre este tema.		
N°	Fortalezas		
1	La E.S.E. cumple a cabalidad con la resolución y el documento de divulgación y apropiación de derechos y deberes.		
2	En el acta de comité de ética Hospitalaria realizado el mes de Mayo de 2021 se trataron resultados de encuestas realizadas, plan de mejora y derechos y deberes.		
3	Se realiza análisis de los resultados de las encuestas realizadas a los usuarios		
4	Se realizan encuestas al 10% de los usuarios que asisten		
5	Está definida una política para el trato digno		
6	Cumplen con el Manual de derechos y deberes		
CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA			
De manera general cumplen a cabalidad con la norma, pero se debe mejorar en cuanto a difusión de los derechos y deberes, ya sea por actividades o entrega de folletos.			
En la muestra de 10 usuarios el 50% indica no tener mayor conocimiento acerca de sus deberes y derechos, es por eso la importancia de difundir la información.			
Recomendaciones de mejora para el proceso de auditoría (opcional):			
Realizar encuestas diarias a los usuarios, en todos los servicios que se presten en la E.S.E. como vacunación, medicina general, urgencias, odontología y farmacia, de esta manera se podrán identificar falencias que se puedan mejorar.			
APROBACIÓN DEL INFORME			
Fecha	Firma Auditado	Firma Auditor Líder	
15/10/2021			

 Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA - SANTANDER	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS BETULIA		CONTROL INTERNO	
	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA		GAF-FO-02	Página 1 de 1
			Versión 1	Abril de 2020

NOMBRE DEL PROCESO: ESTANDARES DE ATENCION

AREA: SIAU

META A LOGRAR: Cumplimiento del 95% de las acciones

RESPONSABLE DE DOCUMENTAR EL PLAN DE MEJORA: ESTEBAN JAIMES – FACTURADOR

METAS	ACTIVIDADES	TIEMPO		OBSERVACIONES
		INICIO	FIN	
Elaborar un cronograma para poder realizar las actividades de difusión de derechos y deberes.	Realizar las actividades descritas en dicho cronograma para dar a conocer los derechos y deberes a los usuarios.	Noviembre 2021	Diciembre 2021	Se da las recomendaciones al área de siau con el compromiso realizar.



ESTEBAN JAIMES GUERRERO

RESPONSABLES APLICAR PLAN DE MEJORA

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS

LISTA DE CHEQUEO

COD: PL-GA-01

VERSION:
01FECHA:
04- DE ENERO DE 2020**LISTA DE VERIFICACIÓN ARCHIVO****AUDITOR:** OSCAR JOSUE MELO**NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DEL PROCESO:**

FANNY ISABEL RUEDA

FECHA: 24 DE NOVIEMBRE 2021**PROCESO:** ARCHIVO**TIEMPO ESTIMADO:**

8:00 AM – 3:00PM

PUNTOS A VERIFICAR	ESTADO DE CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	C	NC	
Cuentan con el manual de funciones Actualizado		X	
Cuentan con la respectiva clasificación del cargo, como código y grado para el empleo.	X		
Cuentan con un área destinada para archivo.	X		
Cuentan con cajas según norma para almacenar carpetas y expedientes.	X		
Existe la lista de chequeo de los contratos celebrados en el año 2021.	X		
Se tiene existencia del inventario documental por cada oficina y / o servicio.		X	
Se evidencia existencia del mapa de procesos como así mismo el marco proceso Gestión administrativa y financiera.		X	
Cuenta con una pagina web activa.		X	
Existe soporte que evidencie el levantamiento de los inventarios respetivos, en los archivos acumulados.		X	
Aplica el Formato Único de Inventario Documental.		X	
Realiza Monitoreo y control ambiental y biológico en las oficinas de Archivo de Gestión, central y otras áreas donde se almacenan documentos.		X	
Realiza Limpieza de áreas y documentos		X	
Realiza Inspección y mantenimiento de instalaciones		X	

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

NIT: 800212070-8

DIRECCIÓN: Cl. 11 Carrera 6 Esquina

TELÉFONO: 310 2665512

CORREO: hospitalbetulia@gmail.com

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA			
	CRECIENDO JUNTOS		
	LISTA DE CHEQUEO	COD: PL-GA-01	
		VERSION: 01	FECHA: 04- DE ENERO DE 2020

Cuenta con la adecuada ventilación, factor determinante para la buena conservación, y que ayuden a controlar los efectos de la temperatura y la humedad relativa.		X	
Realizas mesas de trabajo para organizar archivo en cada dependencia de la Administración.		X	
Tiene documentado, socializado y publicado en la página web. la política de gestión documental y archivo.,		X	

Fanny Isabella Rueda G.
Diligenciado por



Nombre y Firma del Auditor

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BETULIA

CRECIENDO JUNTOS

COD: FR-SIAU-04

VERSION:
01FECHA:
07-
SEPTIEMBRE-
2021**INFORME AVANCE CONTROL INTERNO**

De igual manera, en la tabla que se muestra a continuación, se puede evidenciar que los planes de mejoramiento fueron aplicados, con excepción del área de archivo.

ÍTEM	PROCESO	OBSERVACIONES
1	Farmacia	Plan de mejoramiento realizado y aplicado
2	Urgencias y Consulta Externa	Plan de mejoramiento realizado y aplicado
3	Ambulancias	Plan de mejoramiento realizado y aplicado
4	SIAU	Plan de mejoramiento realizado y aplicado
5	Vacunación	Plan de mejoramiento realizado y aplicado
6	Archivo	Auditoría realizada.

**OSCAR JOSUE MELO SANABRIA**

Jefe de Control Interno

E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Betulia