

## I. IDENTIFICACIÓN

EVALUAR EL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, ANALIZANDO LOS RIESGOS CRITICOS CON EL FIN DE PREVEER.

**ACTA N°: 004**

**FECHA: 20/09/2022**

**LUGAR: Oficina de Gerencia**

**HORA INICIO: 4:00 PM**

**HORA FINAL: 5:30 P.M.**

**ACTA N° 004**

## II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Presentación
3. Propósito y Objetivos de la Auditoría
4. Control de Registro y Asistencia

## III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

### 1. ASISTENCIA:

La reunión de apertura contó con los siguientes funcionarios:

Alberto Segundo Vidal Díaz  
 Jhanina Díaz Vidal  
 Tomas Valdelamar  
 Zulim Trujillo Guerra  
 María Ramos

Gerente  
 Coordinador de calidad  
 Asesor Jurídico.  
 Jefe de control interno  
 Profesional Universitario

### 2. ORDEN DEL DIA:

1. Llamada a lista y verificación de asistencia.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Intervención de funcionarios. Socialización del estado del sistema de control interno, analizando los riesgos críticos.
4. Evaluar el estado del sistema de control interno vigencia 2022

### 3. DESARROLLO DE LA REUNION:

a). Llamada a lista y verificación de asistencia. Siendo las 04:00 PM del 20 de septiembre de 2022 se verifico la asistencia de los funcionarios y contratistas convocados a la reunión.

b) Se da lectura al orden del día, siendo aprobada por los asistentes sin ninguna modificación.  
c) Toma la palabra la jefe de control interno, quien manifiesta que se observa un alto grado de consolidación del Sistema Integrado de Gestión, conforme al modelo MECI. Se avanza hacia el mejoramiento continuo, se han revisado los elementos implementados, se están ajustando aquellos que lo ameritan y se han adelantado actividades complementarias de mantenimiento y mejoramiento continuo para aquellos que no requieren actualización. Esta relación de riesgos críticos se hace basada en las auditorias programadas y en los seguimientos cuatrimestrales del APLICATIVO DE GESTION DEL RIESGO de la entidad. A continuación se detallan las falencias de las áreas auditadas a fin de analizar los riesgos y organizar las acciones tendientes a mejorar los hallazgos encontrados.

#### **AREA DE CALIDAD:**

Fecha auditada: 17 de febrero 2022.

1. No se observa que el área de calidad haya asumido el compromiso de reactivar los comités, tales como; seguridad del paciente, historias clínicas, ética hospitalarios compromisos de reactivación de los comités.
2. No se observan un plan de acción para que desde el área asistencial se efectué revisión, socialización y evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica.

#### **AREA DE URGENCIAS:**

Fecha auditada: 16 de marzo de 2022.

1. Aún persisten Guías y protocolos sin flujogramas. Como son las guías de práctica clínica. Además no se encuentran documentados y sin actas de socialización.
2. Persiste en mal estado de las barandas de las camillas.
3. Cronogramas de mantenimiento preventivo no se cumplen.

#### **AREA PROMOCION Y MANTENIMIENTO:**

Fecha auditada: 14 de abril de 2022.

1. No están socializadas las guías, protocolos y demás documentos del proceso.
2. No se ha realizado medición de adherencia a las guías de práctica clínica por parte del personal de PyM

#### **AREA CALL CENTER:**

Fecha auditada: 25 de mayo de 2022.

1. El procedimiento documentado para las funciones de CALL CENTER no está socializado.
2. La agenda de citas médicas para consulta general es para un solo día de 36 consultas y se dan para el día siguiente; una vez agotada; puede generar insatisfacción del usuario cuando llama y le responden que las citas médicas se agotaron y que tiene que volver a llamar al día siguiente cuando habrán nueva agenda de citas médicas.
3. Las sillas utilizadas por los funcionarios están en mal estado.

#### **AREA DE GESTION DEL SIAU:**

Fecha auditada: 08 de junio de 2022.

1. Ausencia de planes de mejora de las PQRSF por la deficiencia en la atención de los servicios de urgencias y laboratorio clínico que presta la ESE HSCJ.
2. La ESE carece de un link en su página web para recibir las PQRSF.
3. No se documenta el procedimiento de gestión interna de las PQRSF.

#### **AREA DE FACTURACION:**

Fecha auditada: 12 de julio de 2022.

1. Documentación del proceso de facturación se encuentra proceso.
2. No se lleva registro de la gestión, respuesta y conciliación de las glosas.

#### **AREA DE HOSPITALIZACION:**

Fecha auditada: 21 de agosto de 2022.

1. Hay procedimientos, protocolos y guías del área de hospitalización de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que aun requieren de actualizaciones y socializarlos, al igual que falta documentar la ruta de traslado de cadáveres a la morgue.
2. Recipientes plásticos para almacenar y suministrar medicamentos, quebrados y cristalizados.
3. Permanecen las averías de la infraestructura del área de hospitalización, tales como: humedad en las paredes de las habitaciones y bajo los aires acondicionados; falta de iluminación y daño de lámparas led de la sala de mujeres; las camillas pediátricas necesitan mantenimiento; hay ausencia de tableros para identificación de pacientes; No se cuenta con suficiente ventilación ni separadores o biombos en las habitaciones.

#### **GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO:**

Fecha auditada. 14 de septiembre de 2022.

1. El SG-SST aun presenta falencias que obedecen a falta de recursos, tales como la falta de realización de actividades de promoción y mantenimiento de la salud con los funcionarios de la ESE, sillas de escritorio en mal estado y la ausencia de una adecuada señalización con placas de salidas de emergencia, ruta de evacuación de residuos y planos de infraestructura y evacuación.
2. Por la insuficiencia de canecas, no se ha actualizado el código de colores para separación de desechos.

#### **AREA DE ODONTOLOGIA:**

Fecha auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL.

1. El mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos no se está efectuando oportunamente.
2. Los procedimientos, protocolos y guías del área de odontología de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, no han sido socializadas.
3. No se reportan eventos adversos; no se estan analizando las acciones a desarrollar para la prevención que ocurran nuevamente.

#### **AREA AMBIENTAL:**

Fecha auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

El código de colores no se encuentra actualizado.

Deficiencia en la señalización de la ruta de evacuación de residuos.

Deficiencias en el refrigerador de almacenamiento de residuos peligrosos.

No hay suficientes canecas para el almacenamiento de residuos.

#### **AREA DE GESTION DEL SIAU:**

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

1. Ausencia de planes de mejora de las PQRSF por la deficiencia a en la atención de los servicios de consulta externa, call center y farmacia que presta la ESE HSCJ.

2. No se observa el procedimiento de gestión interna de las PQRSF

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

#### **AREA INFORMACION Y COMUNICACIÓN:**

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

1. Se evidencia solicitud de compra de antivirus y no se ha realizado la capacitación.

2. Se realizan mantenimientos preventivos y correctivos, pero no se cuenta con UPS

3. No se ha documentado la política de privacidad de la información y los permisos por módulos que se otorgan en el software salud plus.

4. No existe un programador de sistemas para el manejo de la página web

#### **AREA CONTABILIDAD:**

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

1. Se realiza depuración de cartera, pero no se han presentado los informes ante el comité de gestión y desempeño.

2. No se ha documentado la estructura del área de contabilidad.

#### **AREA CONTRATACION:**

Fecha Auditada: TOMADA DE LOS SEGUIMIENTOS CUATRIMESTRAL DEL APLICATIVO MAPA DE RIESGO INTEGRAL

1. Se observa que no existe lista de chequeo que cubran tres fases de la contratación, pre-contractual, contractual y post contractual.

2. Falencias en los informes de supervisión (falta de soportes y especificaciones).

Seguidamente expresa el representante de calidad que mucha de estas acciones se han formulado acciones de mejora como resultado de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y varias de ellas se han cumplido, evidenciándose que el riesgo más crítico es el presupuestal porque así como el mejoramiento en los procesos y procedimientos es claramente del talento humano (gestión) de la entidad, existen otro tipo de riesgos económicos como habilitación en las estructuras, rutas de evacuación, canecas de bioresiduos, rutas de evacuación para traslado de cadáveres a la morgue. Acto seguido expresa, la jefe de control interno, que no se alcanzan a dar cumplimiento a las acciones dispuestas en el MAPA DE RIESGO INTEGRAL, el cual relaciona prevención, monitoreo y control a los riesgos de corrupción, gestión y seguridad digital, que son transversales a todos los procesos y procedimientos de las diferentes dependencias de la institución como tampoco se le da total cumplimiento a los componentes del MECI que se están implementando en la ESE Hospital sagrado Corazón de Jesús, sus responsables, indicadores y avance durante la vigencia 2022 en pro del alcance de los objetivos estratégicos que en dicho plan se contemplan.



El gerente de la ESE manifiesta que, la reunión ha sido de suma importancia y que se están realizando ajustes metodológicos para la administración del riesgo y programación de ajustes en la identificación y valoración de los mismos, a través de los seguimientos y evaluación de la vigencia en el mapa de riesgos integral de la ESE y que determina que presupuestalmente dará cumplimiento y viabilidad presupuestal para mitigar las acciones anteriormente descritas.

Y en lo que requiere a los protocolos, guías y procedimiento de cada área, designara en la reunión de comité de gestión y desempeño a cada representante de su proceso a que se ocupe de desarrollar, documentar y socializar los protocolos en el que se detallan falencias, con apoyo del área de calidad.

#### COMPROMISOS:

- Fortalecer el proceso de capacitación de temas relacionados con calidad y control interno - MECI, tales como: Procesos y procedimiento de cada área.
- Disponibilidad presupuestal por parte de gerencia para subsanar los hallazgos
- Requerir a través de oficio a que los jefes de proceso sean oportunos e integrales al momento de presentar su plan de mejora, para así superar los hallazgos encontrados con oportunidad de mejora.

#### 4. CONTROL DE REGISTRO DE LA ASISTENCIA A LA REUNION DE APERTURA:

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ	Gerente	A.v.d.
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Jefe de control interno	Zulim Trujillo Guerra
JHANINA DIAZ VIDAL	Coordinador Calidad	Jhan V.
TOMAS VALDELAMAR AVILEZ	Asesor Jurídico	TOMAS VALDELAMAR
MARIA RAMOS	Profesional Universitario	Maria Ramos