



Valencia, 17/02/2022.

OFICIO.

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADORA CALIDAD.
E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL PROCESO DE CALIDAD
DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE
VALENCIA.

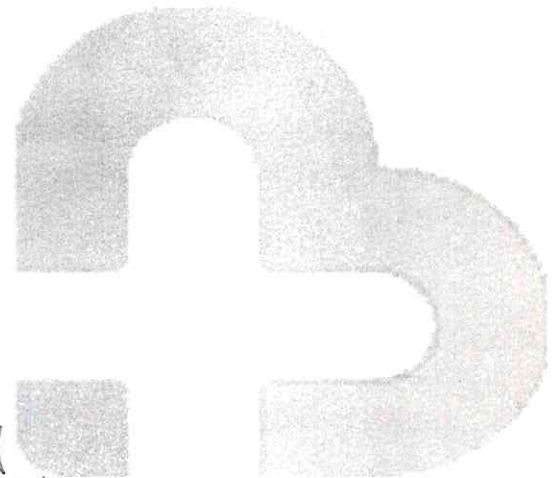
Por medio del presente muy respetuosamente, le presentamos el plan de auditoría interna que se realizara al proceso de CALIDAD de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizara el día 23 de febrero de 2022 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

Cordialmente

Zulim Trujillo Guerra
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Jhanina Díaz Vidal
JHANINA DIAZ VIDAL
Auditado.

Rob:
17-02/22
[Signature]



Número Auditoría: 001 **Fecha Programación:** 23/02/2022

Proceso: Gestión De La Calidad

Subproceso: No aplica

Ciclo: 2022

Sistemas Auditados: SIG

Auditado: Coordinador de Calidad

Objetivo Programa Auditoría: Evaluar la conformidad de los procesos teniendo en cuenta el sistema integrado de gestión, requisitos legales y contractuales

Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso en materia de gestión teniendo en cuenta los requisitos legales y los establecidos en su documentación

Requisitos: Legales, documentación asociada al proceso.

Alcance: Calidad, gestión del riesgo.

ZULIM TRUJILLO GUERRA

Rol

Auditor Responsable

Auditor Acompañante

Actividades Programadas						
Actividad	Duración	Fecha	Hora	Lugar	Auditados	Documentos
Reunión de apertura	15 min	23-feb-22	8:00	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Plan de Auditoría
Entradas y salida del proceso	15 min	23-feb-22	8:15	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Caracterización de los procesos
Misión, Visión, Política de gestión integral	15 min	23-feb-22	8:30	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Direccionamiento estratégico
Documentación de proceso	30 min	23-feb-22	8:45	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	procedimientos
Mapa de riesgo	30 min	23-feb-22	9:15	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Sistema de gestión del riesgo
programa de auditoría para el mejoramiento continuo	30 min	23-feb-22	10:45	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	pamec
funcionamiento de los comites institucionales	15 min	23-feb-22	11:15	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	conformación y actas de reunión
Indicadores	15 min	23-feb-22	11:30	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Indicadores
Preparación de informe	15 min	23-feb-22	11:45	Oficina de calidad	No aplica	No aplica
Reunión de cierre	15 min	23-feb-22	12:00	Oficina de calidad	Coordinador de calidad	Informe de auditoría

Hallazgos Auditorias Anteriores									
No.	Fecha Auditoria	Ente Auditor	Auditor Responsable	Tipo Hallazgo	Descripción	No. Acción	Tipo Acción	Fecha Estimada	Estado

Fin de informe



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

I. IDENTIFICACIÓN
ACTA DE CIERRE DE AUDITORIA

PROCESO AUDITADO: CALIDAD

ACTA Nº: 001

FECHA: 23/02/2022

LUGAR: OFICINA CALIDAD.

HORA INICIO

08:00 AM

HORA FINAL

11:30

ACTA Nº 001

II. ORDEN DEL DIA

1. Asistencia
2. Agradecimiento
3. Hechos Relevantes
4. Plan de Mejora
5. Informe de Auditoría

III. DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1. ASISTENCIA :

La reunión de cierre contó con los siguientes funcionarios:

Por parte del proceso auditado JHANINA DIAZ VIDAL

Por parte del auditor ZULIM TRUJILLO GUERRA

2. AGRADECIMIENTO:

Se agradeció al (los) líder (es) del proceso(s) y a los funcionarios de la(s) dependencia (s) auditada, por la disponibilidad de los recursos físicos y logísticos que fueron solicitados para realizar el trabajo y por disposición del personal requerido.



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

**E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE
JESÚS**

Valencia- Córdoba

CONTROL INTERNO.

3. HECHOS RELEVANTES:

El auditor presenta los hechos más relevantes (fortalezas y debilidades), encontrados en desarrollo de la auditoría:

El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. La caracterización de los procesos no se encuentra documentados, es decir, el proceso de calidad y sus procedimientos no se encuentran documentados en el manual de procesos y procedimientos. En cuanto a los riesgos, se observa que desde el área de CALIDAD no se han revisado las guías de práctica clínica, porque se le ha solicitado a la coordinadora médica y la enfermería, y manifiestan que no se han adoptado ni adoptado en su totalidad, por lo tanto no han sido socializadas y no se han efectuado la medición de adherencia. Cabe anotar, que socializaron los lineamientos impartidos por el ministerio de salud durante las diferentes etapas de la pandemia por Covid-19 y se hace reporte semanal a las EPS de la resolución 521 en coordinación con PYM. Además el área de calidad revisa el informe mensual de PQRSF que realiza la responsable del SIAU y se envía a la dirección local de salud.

Con relación al programa de auditorías para el mejoramiento continuo, la coordinadora de calidad realiza recepción de auditorías a los entes de control externos y acompañamiento a las auditorías internas. Se observa que a la fecha no se han reactivado los comités, tales como; seguridad del paciente, historias clínicas, ética hospitalaria. Se realizan oportunamente y mensualmente los reportes de indicadores de calidad a las EPS de la resolución 0256 de 2014 y 1552 de 2013 y trimestralmente los indicadores del 0256 ante el SISPRO, y también se reconoce la socialización del POA vigencia 2022.

4. PLAN DE MEJORAMIENTO:

El responsable del proceso evaluado enviará el plan de mejoramiento propuesto a la Oficina de Control Interno dentro de los 08 días siguientes a la entrega del informe de auditoría según el formato establecido (Plan de Mejoramiento).

5. INFORME DE AUDITORIA:

Finalmente se informó que se procederá a la entrega del informe final de la auditoría interna dentro de los 5 días siguientes.



Valencia, 04 de Marzo de 2022.

OFICIO

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR DE CALIDAD.


ASUNTO: ENTREGA DEL INFORME FINAL DE AUDITORIA AL PROCESO DE CALIDAD, DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA.

Por medio del presente muy respetuosamente le presentamos el informe de auditoría interna que se realizó al proceso de CALIDAD de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 23 de Febrero del 2021, con el objetivo que levante su plan de mejoramiento y lo presente a la oficina de control interno dentro de los 08 días siguiente, si tiene alguna objeción al informe favor presentarla con las evidencias.

Cordialmente


ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Recibí.


JHANINA DÍAZ VIDAL.
Auditado.

C.C. Gerencia.





E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

CONTROL INTERNO. INFORME FINAL DE AUDITORÍA Fecha: 04/03/2022		Versión	0
		CODIGO	
		Fecha Última Revisión	nov-17
Número Auditoría: 001	Fecha Programación: 23/02/2022	Macroproceso: Gestión de la calidad	
Línea: Administrativa	Área Organizacional:	Ciclo: 2022	
Sistemas Auditados: SIG		Auditor: Jhanina Diaz Vidal	
Objetivo Programa Auditoría: Evaluar la conformidad de los procesos teniendo en cuenta el sistema integrado de gestión y requisitos legales			
Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso frente al cumplimiento de las normas y documentación.			
Requisitos: Evaluar la conformidad del proceso en materia de gestión teniendo en cuenta los requisitos legales y los establecidos en su documentación.			
Alcance: Calidad, gestión del riesgo.			
Auditor		Rol	
ZULIM TRUJILLO GUERRA		Auditor Responsable	
Aspectos Relevantes:			
Información registrada Auditoría actual			
Conclusión: El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad; se socializaron los lineamientos impartidos por el ministerio de salud, y se hace reporte semanal a las EPS de la resolución 521 en coordinación con PYM; aun que se requiere que sean revisadas las guías de práctica clínica por parte de la coordinadora médica y la jefe de enfermería, sean socializadas y se efectue medición de adherencia. Con relación al programa de auditorías para el mejoramiento continuo, la coordinadora de calidad realiza recepción de auditorías a los entes de control externos y acompañamiento a las auditorías internas. Se observa que a la fecha no se han reactivado los comités, tales como; seguridad del paciente, historias clínicas, ética hospitalaria. Se realizan oportunamente y mensualmente los reportes de indicadores a las eps (0256 y 1552) de calidad según resolución 0256 de 2014 y 1552 de 2013 y trimestralmente los indicadores del SISPRO, y también se reconoce la socialización del POA vigencia 2022;			
Tiempo Planificado Auditoría: 5 Horas		Tiempo Real Auditoría: 4 Horas	
Fecha Informe Auditoría: 04/03/2022		Cumplimiento Publicación Informe(10 días hábiles):	
Observaciones:			
Balance de resultados Auditoría		No Conformidad Real	No Conformidad Potencial
No. Hallazgos detectados en esta Auditoría			
No. Hallazgos abiertos auditorías anteriores			
No. Hallazgos cerrados auditorías anteriores			
Total hallazgos abiertos			Oportunidad de Mejora
			2

Hallazgos registrados de la Auditoría actual	
No.	Acción
1	<p>Tipo Hallazgo</p> <p>No Conformidad Real</p> <p>Acción de Mejora</p> <p>Descripción</p> <p>HECHO: no se observa que el área de calidad haya requerido un plan de mejora con los diferentes comités institucionales que refleje los compromisos de reactivación de los comités.</p> <p>EVIDENCIA: PAMEC</p> <p>CRITERIO: Decreto 780 de 2016</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso</p> <p>HECHO: no se observan un plan de acción para que desde el área asistencial se efectúe revisión, socialización y evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica.</p> <p>EVIDENCIA El auditor no observa implementación de las guías de práctica clínica.</p> <p>CRITERIO: Guías de minsalud</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso. Incumplimiento de las metas de la organización</p>
2	<p>Tipo Hallazgo</p> <p>No Conformidad Real</p> <p>Acción de Mejora</p> <p>Descripción</p>

No.	Fecha Auditoría	Tipo Hallazgo	Descripción	No. Acción	Tipo Acción	Fecha Estimada	Seguimiento	Estado
Ente Auditor (Interno / Contratado)								

Fin del informe



Valencia, Marzo 08 de 2022.


Doctora:

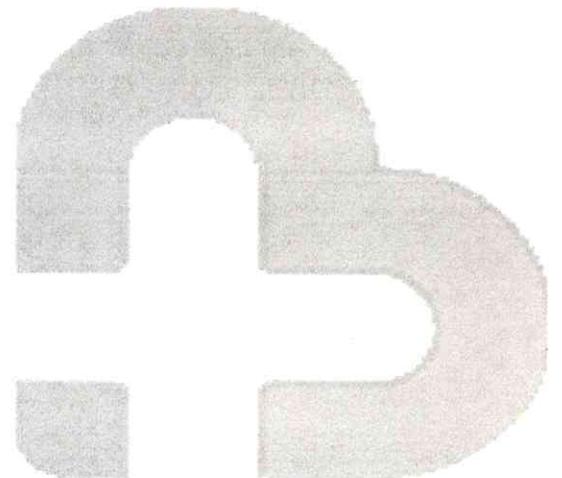
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Jefe de control interno

REF: ENTREGA PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA DE CALIDAD.

Por medio del presente oficio, realizo entrega del plan de mejoramiento del área de CALIDAD de la ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, compromiso generado después de usted haber realizado la auditoria.

Quedo atenta a cualquier requerimiento.


JHANINA DÍAZ VIDAL
Coordinador de Calidad





PLAN DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CALIDAD

INFORME PRESENTADO A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL SACRADO CORAZÓN DE JESÚS DE VALENCIA CORDOBA

REPRESENTANTE LEGAL: ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ

OBSERVACIONES: AUDITORIA INTERNA AL ÁREA DE CALIDAD

FECHA: MARZO 16 DE 2022

DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION. HECHO	ACCION(ES) CORRECTIVA(S)	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION
1. no se observa que el área de calidad haya requerido un plan de mejora con los diferentes comités institucionales que refleje los compromisos de reactivación de los comités.	El área de Calidad se compromete a implementar la reactivación del comité de Historias clínicas y de seguridad del paciente y delegar los respectivos REFERENTES, para garantizar la operatividad de los mismos.	100%	Reunir el personal del área con el fin de afianzar conocimientos.	CALIDAD	HUMANOS	01/04/2022	30/11/2022
2. No se observan un plan de acción para que desde el	La coordinadora de calidad, realizará en el segundo	100%	Evidenciar la adherencia a la norma vigente,				



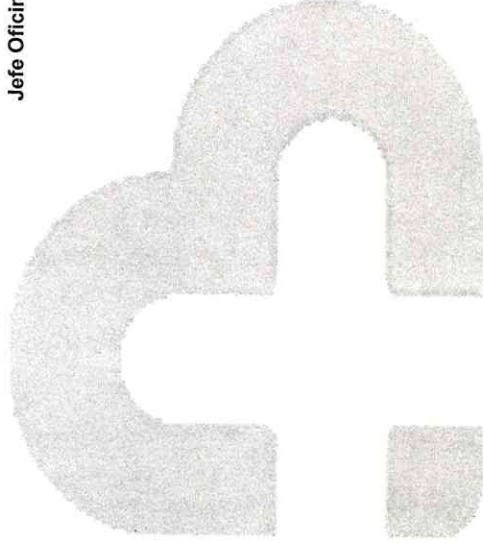
E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

Calle 12 N 8-99 B, Nazareth, Valencia .oba
314 5609641 esehsc@hotmail.com
www.esehscj.com

<p>área asistencial se efectúe evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica.</p>	<p>semestre, medición de adherencia de las guías de práctica clínica del área asistencial, acompañando a los coordinadores de área de consulta externa (medicina general, odontología y laboratorio clínico) y aportará el instrumento para la medición de adherencia de las guías de urgencias médicas.</p>	<p>referente a la oportunidad en ASIGNACION DE CITAS (Resolución 1552 de 2013)</p>	<p>CALIDAD</p>	<p>HUMANOS</p>	<p>01/04/2022</p>	<p>30/11/2022</p>
--	--	--	----------------	----------------	-------------------	-------------------

Jhanina Díaz Vidal
JHANINA DIAZ VIDAL
Coordinadora de Calidad

Zulim Trujillo Guerra
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Jefe Oficina de Control Interno



GESTION DE CALIDAD



PLAN DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CALIDAD

INFORME PRESENTADO A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS DE VALENCIA CORDOBA

REPRESENTANTE LEGAL: ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ

OBSERVACIONES: AUDITORIA INTERNA AL ÁREA DE CALIDAD

FECHA: Septiembre 8 de 2022

DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION. HECHO	ACCION(ES) CORRECTIVA(S)	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION	AVANCE
1. no se observa que el área de calidad haya requerido un plan de mejora con los diferentes comités institucionales que refleje los compromisos de reactivación de los comités.	El área de Calidad se compromete a implementar la reactivación del comité de Historias clínicas y de seguridad del paciente y delegar los respectivos REFERENTES, para garantizar la operatividad de los mismos.	100%	Reunir el personal del área con el fin de afianzar conocimientos.	CALIDAD	HUMANOS	01/04/2022	30/06/2022	Septiembre 8 de 2022 Mediante visita al área de calidad, se evidencia que los comités se encuentran operando y se desarrollan las acciones de seguridad, reuniones y análisis de eventos adversos.
2. No se observan un plan de acción para	La coordinadora de calidad, realizará en el segundo	100%	Evidenciar la adherencia a la norma					Septiembre 8 de 2022 A la fecha, no se ha realizado la medición



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser

Calle 12 N 8-99 B. Nazareth, Valencia Joba
3 14 5609641
esehscj@hotmail.com
www.eseshscj.com

que desde el área asistencial se efectúe evaluación de adherencia a las guías de práctica clínica.	semestre, de medición adherencia de las guías de práctica clínica del área asistencial, acompañando a los coordinadores de área de consulta externa (medicina general, odontología y laboratorio clínico) y aportará el instrumento para la medición de adherencia de las guías de urgencias médicas.	vigente, referente a la oportunidad en ASIGNACION DE CITAS (Resolución 1552 de 2013)	CALIDAD	HUMANOS	01/04/2022	30/11/2022	de adherencia de la totalidad de las GPC, pero se ha avanzado en un 50% aproximadamente, con 5 de las 10 causas principales de consulta por morbilidad.
--	---	--	---------	---------	------------	------------	---

Jhanina Díaz Vidal
JHANINA DIAZ VIDAL

Coordinadora de Calidad

Zulim Trujillo Guerra
ZULIM TRUJILLO GUERRA

Jefe Oficina de Control Interno

