



Valencia, 05/05/2023.

OFICIO.

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL AREA 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 realizará al AREA DE CALIDAD de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizará el día 10 de mayo de 2023 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

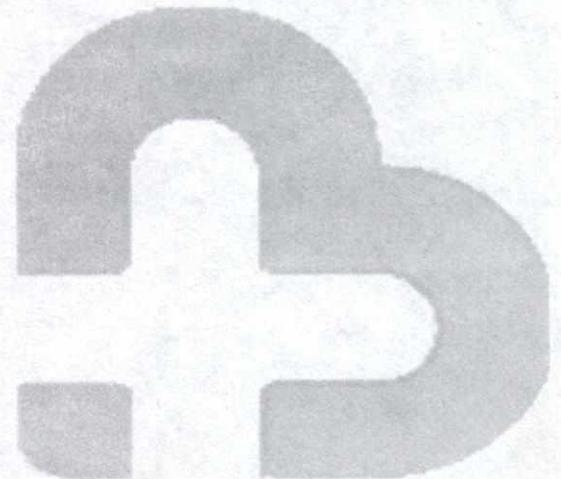
Cordialmente

Zulim Trujillo Guerra

ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Sandy Soto Perez

SANDY SOTO PEREZ.
Auditado.





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

PLAN DE AUDITORÍA Fecha: 05/05/2023	VERSIÓN	0
	CODIGO	FCIHSCJ002
	Fecha Última Revisión	sep-17

Número Auditoría: 004	Fecha Programación: 10/05/2023	Proceso: Gestión De La Calidad
Subproceso: No aplica	Ciclo: 2023	
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.

Rol	
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Auditor Responsable
TOMAS VALDELAMAR AVILEZ	Auditor Acompañante

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

Hallazgos Auditorías 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

PLAN DE AUDITORÍA Fecha: 05/05/2023	VERSIÓN	0
	CODIGO	FCIHCJ002
	Fecha Última Revisión	sep-17

Número Auditoría: 004	Fecha Programación: 10/05/2023	Proceso: Gestión De La Calidad
Subproceso: No aplica		Ciclo: 2023
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.

Rol	
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Auditor Responsable
TOMAS VALDELAMAR AVILEZ	Auditor Acompañante

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

PROCESO AUDITADO: CALIDAD.

ACTA N°: 004

FECHA: 10/05/2023

LUGAR: CALIDAD.

HORA INICIO:

08:00 AM

HORA FINAL:

12:00 PM

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:

Por parte del proceso auditado

SANDY SOTO PEREZ

Por parte del auditor

**ZULIM TRUJILLO GUERRA
TOMAS VALDELAMAR**

2. PRESENTACION:

Se llevó a cabo la presentación de cada uno de los funcionarios que participarán y/o atenderán como designados las visitas de Auditoría como facilitadores y articuladores de la información requerida para su desarrollo. Designando a la SANDY SOTO PEREZ, como enlace (s) entre los auditores y el equipo auditado. Luego se explicó por parte de los auditores el contenido del plan de trabajo, en cuanto a: Metodología de seguimiento y el término previsto para la ejecución de la Auditoría.



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 N°: 004

FECHA: 10/05/2023

LUGAR: OFICINA CALIDAD.

HORA INICIO

08:00 AM

HORA FINAL

12:00 PM

ACTA N° 004

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 SANDY SOTO PEREZ

Por parte del auditor ZULIM TRUJILLO GUERRA
 TOMAS VALDELAMAR

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



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** se encuentra documentados, tales como: seguridad del paciente, violencia sexual, farmacia, historia clínica y violencia sexual. El de farmacia está documentado mas no actualizado; sin embargo, se realizó la reactivación del comité el 15 de mayo. En cuanto a los **riesgos**, se observa que la actualización de guías y protocolos se encuentra en proceso de adopción y capacitación al personal, por lo que no ha sido posible la medición de adherencia. Dentro de las funciones del área de calidad se observa que 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, que con base a ello se realizan los planes de mejoramiento. Se observa que a la fecha se han reactivado los comités, tales como; seguridad del paciente, historias clínicas, violencia sexual y el de ética hospitalaria para el 24 de mayo. No se encuentran avances referentes al PAMEC. 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 2023.

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.



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.

José María Pico Agüero

Auditor (Jefe Control interno)

Sergio Pardo

Coordinador de calidad

TOMÁS VALDELMAR.

Auditor Acompañante



Valencia, 15 de Mayo de 2023.

OFICIO

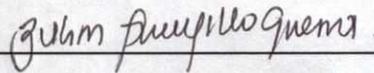
DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR DE CALIDAD.

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

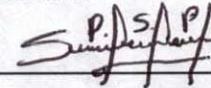
Por medio del presente, muy respetuosamente, le presentamos el informe de auditoría interna que se realizó al proceso de CALIDAD de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 10 de Mayo del 2023, con el objetivo que levante su plan de mejoramiento y lo presente a la oficina de control interno dentro de los 08 días siguiente, si tiene alguna objeción al informe favor presentarla con las evidencias.

Cordialmente



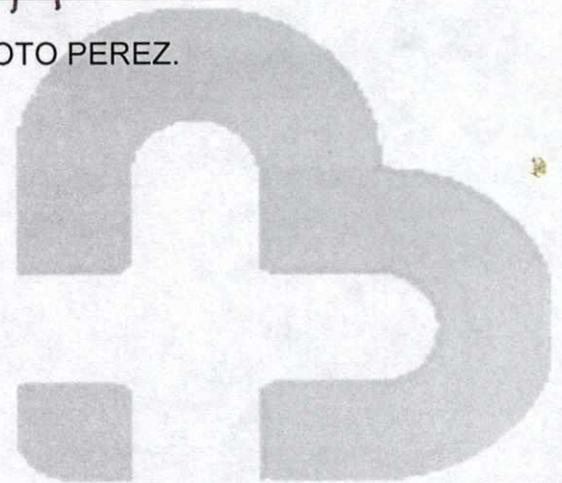
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Recibí.



SANDY SOTO PEREZ.
Auditado.

C.C. Gerencia.





CONTROL INTERNO. INFORME FINAL DE AUDITORIA Fecha: 15/05/2023		Versión: 0 CODIGO: Fecha Última Revisión: nov-17
Número Auditoría: 004 Fecha Programación: 10/05/2023	Macroproceso: Gestión de la calidad	
Línea: Administrativa Área Organizacional:	Ciclo: 2023 Auditado: Sandy Soto Perez	
Sistemas Auditados: SIG		
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	
TOMAS VALDELAMAR	Audito Acompañante	
Aspectos Relevantes: Información registrada Auditoría actual		
Conclusión: 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 se encuentra documentados, tales como: seguridad del paciente, violencia sexual, farmacia, historia clínica y violencia sexual. El de farmacia está documentado mas no actualizado, sin embargo, se realizó la reactivación del comité el 15 de mayo. En cuanto a los riesgos, se observa que la actualización de guías y protocolos se encuentra en proceso de adopción y capacitación al personal, por lo que no ha sido posible la medición de adherencia. Dentro de las funciones del área de calidad se observa que 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, que con base a ello se realizan los planes de mejoramiento. Se observa que a la fecha se han reactivado los comités, tales como: seguridad del paciente, historias clínicas, violencia sexual y el de ética hospitalaria para el 24 de mayo. No se encuentran avances referentes al PAMEC. 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 actividad de la auditoría.		
Tiempo Planificado Auditoría: 5 Horas		Tiempo Real Auditoría: 4 Horas
Fecha Informe Auditoría: 15/05/2023		
Observaciones: Cumplimiento Publicación Informe(10 días hábiles):		
Balance de resultados Auditoría		No Conformidad Potencial
No. Hallazgos detectados en esta Auditoría		Oportunidad de Mejora
Seguimientos Auditoría Interna	No. Hallazgos abiertos auditorías anteriores	
	No. Hallazgos cerrados auditorías anteriores	
Total hallazgos abiertos		

Hallazgos registrados de la Auditoría actual	
No.	Descripción
	<p>Tipo Hallazgo</p> <p>Acción</p>
1	<p>No Conformidad Real</p> <p>Acción de Mejora</p> <p>HECHO: No se observa implementación PAMEC.</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 minalud</p> <p>IMPACTO: Pérdida de la eficacia de las actividades del proceso. Incumplimiento de las metas de la organización</p>
2	<p>No Conformidad Real</p> <p>Acción de Mejora</p>

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

Fin del informe