



Valencia, 09/03/2023

OFICIO.

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

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

ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL PROCESO DE PYM 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 proceso perteneciente al proceso de PYM de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizará el día 15 de marzo de 2023 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

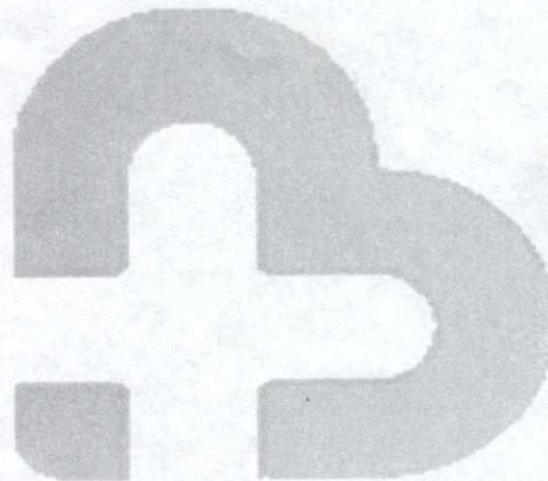
Cordialmente

Zulim Trujillo Guerra

ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Alexandra Vega

Auditado.





E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestra razón de ser
NIT: 812.000.300-0

| PLAN DE AUDITORÍA Fecha: 09/03/2023 | | VERSIÓN 0 | | | | |
|---|---------------------------------------|--|-------|----------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | CODIGO | | | | |
| | | Fecha Última Revisión sept-17 | | | | |
| Número Auditoría: 002 | Fecha Programación: 15/03/2023 | Proceso: Gestión de PyM | | | | |
| Subproceso: Vacunacion | | Ciclo: 2023 | | | | |
| Sistemas Auditados: SIG | | Auditado: Coordinadora de PyM | | | | |
| 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 frente al cumplimiento de las normas y documentación | | | | | | |
| Requisitos: Resolución 2003 de 2014, Documentos asociados al proceso, manual PAI | | | | | | |
| Alcance: Gestión del riesgo, calidad, cumplimiento legal | | | | | | |
| ZULIM TRUJILLO GUERRA JHANINA DIAZ VIDAL | | Rol Auditor Responsable Auditor Acompañante | | | | |
| Actividades Programadas | | | | | | |
| Actividad | Duración | Fecha | Hora | Lugar | Auditados | Documentos |
| Reunión de apertura | 15 min | 15-mar-23 | 8:00 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Plan de Auditoría |
| Entradas y salida del proceso | 15 min | 15-mar-23 | 8:15 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Caracterización de los procesos |
| Misión, Visión, Política de gestión integral | 15 min | 15-mar-23 | 8:30 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Direccionamiento estratégico |
| Documentación de proceso | 30 min | 15-mar-23 | 8:45 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | procedimientos |
| Mapa de riesgo | 20 min | 15-mar-23 | 9:15 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Sistema de gestión del riesgo |
| Normas legales | 25 min | 15-mar-23 | 9:35 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Normas legales |
| Estimaciones | 30 min | 15-mar-23 | 10:00 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | RIPS |
| Metas con cada EPS | 30 min | 15-mar-23 | 10:30 | Oficina de PyM | Coordinador de PyM | Indicadores de Calidad |
| Preparación de informe | 30 min | 15-mar-23 | 11:00 | Oficina de Control interno | No aplica | No aplica |
| Reunión de cierre | 30 min | 15-mar-23 | 11:30 | Oficina de Control interno | Coordinador de PyM | Informe de auditoría |

| Hallazgos Auditorias Anteriores | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------|---------------------|---------------|-------------|------------|-------------|----------------|--------|
| No. | Fecha Auditoría | 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: PYM.

ACTA N°: 002

FECHA: 15/03/2023

LUGAR: PYM.

HORA INICIO:

08:00 AM

HORA FINAL:

11:30

ACTA N° 002

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

ALEXANDRA VEGA ARMENTA

Por parte del auditor

**ZULIM TRUJILLO GUERRA
JHANINA DIAZ VIDAL**

2. PRESENTACION:

Se llevó a cabo la presentación de cada uno de los funcionarios que participarán y/o atenderán como designados las visitas de Auditoria como facilitadores y articuladores de la información requerida para su desarrollo. Designando a la JHANINA DIAZ VIDAL, 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 Auditoria.



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: PYM.

ACTA N°: 002

FECHA: 15/03/2023

LUGAR: PYM.

HORA INICIO

08:00 AM

HORA FINAL

11:30

ACTA N° 002

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

ALEXANDRA VEGA ARMENTA

Por parte del auditor

**ZULIM TRUJILLO GUERRA
JHANINA DIAZ VIDAL**

2. AGRADECIMIENTO:

Se agradeció al líder del proceso y de la dependencia auditada, por la disponibilidad de los recursos físicos y logísticos que fueron solicitados para realizar el trabajo y por la disposición requerida.



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 encontrados en desarrollo de la auditoria:

El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. La protocolos y guías se encuentra documentados sin evidencias de socialización, respecto a la resolución 3280 de 2018, se puede evidenciar que se ha avanzado en la documentación de protocolos y guías de práctica clínica, las cuales han sido adoptadas del ministerio de salud y protección social de la Republica de Colombia y se encuentran estructuradas por rutas de atención integral (RIAS) como lo contempla la Resolución 3280, pero aún no se evidencia acto administrativo ni acta de socialización y la líder del proceso, alude que no se ha completado la lista de chequeo que contempla la estrategia AGREE II, la cual permitirá pasar las guías por una evaluación de profesionales competentes para demostrar que son aptas para el nivel de complejidad de la ESE y que documentan la atención estandarizada, en los servicios de Promoción y Mantenimiento de la salud, en los diferentes cursos de vida a los cuales se refiere dicha norma. Cabe anotar que los protocolos del área se encuentran implementados, pero no están diseñados los flujogramas. En cuanto a los procedimientos documentados, tenemos las RIAS y las GPC de SIFILIS, VIH, HEPATITIS B, DIABETES, DISLIPIDEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, socializados con constancia de asistencias y además, las rutas cerebrocardiovascular, materno perinatal, primera infancia e infancia, a través de acta # 001 de marzo 03 de 2023 .

La medición de adherencia no se ha realizado porque no se ha realizado el 100% de las socializaciones y actualizaciones de protocolos y GPC; se dio un plazo de 1 a 3 meses con el apoyo del área de calidad, para implementar la medición de adherencia de las historias clínicas de los programas de PyM a las guías.

Las acciones contempladas en el Mapa de riesgo institucional, para el proceso de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PyM) de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se estiman en un avance del 70%, ya que hace falta la socialización de las guías, para ser aplicadas como control al riesgo de incumplimiento en los programas de PyM ya que al no ser socializadas, no se ha realizado la medición de adherencia del personal asistencial a dichas guías; además se realiza seguimiento mensual a las estimaciones de cada EPS, de las cuales se evidencia un avance general por debajo del 40%, lo cual indica falencias en las atenciones estimadas para la población afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Valencia y por tanto, se deben adelantar acciones para aumentar la cobertura de los programas de PyM que ofrece la ESE HSCJ, para lo cual se han implementado jornadas de salud para el área rural y rural dispersa del municipio de valencia, con los servicios de salud que ofrece la ESE. Todas estas acciones son aplicables para mitigar los riesgos de la gestión de PyM de la ESE y constituyen los controles establecidos para dicha dependencia en el mapa de riesgos integral de la vigencia 2023.



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.

Las **normas legales** que regulan el proceso de atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud, son la resolución 3280 de 2018 y las normas, circulares y resoluciones expedidas por el ministerio de Salud y Protección Social. Respecto a los reportes a los entes de control, se están realizando dentro de los plazos establecidos por las EPS, la DLS y demás entes, lo referente a las normas que estipula dichos reportes y las diferentes bases de datos que relacionan la caracterización de pacientes atendidos en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, como lo establece la Res 202.

En cuanto a los RIPS y metas de atenciones en PyM, se presenta un cumplimiento parcial respecto a todas las EPS, analizando que existe un sub-registro de atenciones realizadas en los puestos de salud habilitados para la prestación de servicios de medicina general y odontología en el área rural del municipio de Valencia; para subsanar estos hallazgos se hace necesario comprometer más al personal de facturación para el registro de todos los campos requeridos en la identificación de los usuarios y centros de costos para determinar el sitio de atención de los mismos, para establecer la cobertura y/o necesidad en esta zona.

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 auditoria 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.

gubm fuyilo grena

Auditor (Jefe Control interno)

[Handwritten signature]

Coordinador de calidad

Alexandra Vega

Líder del Proceso Auditado



Valencia, 24 de Marzo de 2023.

OFICIO

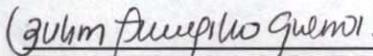
DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR DE PYM.

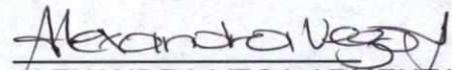
ASUNTO: ENTREGA DEL INFORME FINAL DE AUDITORIA AL PROCESO DE PYM., DE LA E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA.

Por medio del presente muy respetuosamente le presentamos el informe de auditoría interna que se realizó al proceso de PYM de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 15 de Marzo 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.


ALEXANDRA VEGA ARMENTA.
Auditado.

C.C. Gerencia.



| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Fecha Programación: 15/03/2023 | Macroproceso: Gestión PYM |
| Área Organizacional: Gestión PYM | Ciclo: 2023 |
| Sistemas Auditados: SIG | Auditado: ALEXANDRA VEGA ARMENTA |

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 frente al cumplimiento de las normas y documentación.

Requisitos: resolución 2003 de 2014, resolución 3280 de 2018 documentos asociados al proceso

Alcance: Gestion del riesgo, calidad, cumplimiento legal

| Auditor | Auditor Responsable | Rol |
|-----------------------|---------------------|-----|
| ZULIM TRUJILLO GUERRA | Auditor Responsable | |
| JHANINA DIAZ VIDAL | Auditor Acompañante | |

Información registrada Auditoría actual

Aspectos Relevantes:

Conclusión:

El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. La protocolos y guías se encuentra documentados sin evidencias de socialización, respecto a la resolución 3280 de 2018, se puede evidenciar que se ha avanzado en la documentación de protocolos y guías de práctica clínica, las cuales han sido adoptadas del ministerio de salud y protección social de la Republica de Colombia y se encuentran estructuradas por rutas de atención integral (RIAS) como lo contempla la Resolución 3280, pero aún no se evidencia acto administrativo ni acta de socialización y la líder del proceso, alude que no se ha completado la lista de chequeo que contempla la estrategia AGREE II, la cual permitirá pasar las guías por una evaluación de profesionales competentes para demostrar que son aptas para el nivel de complejidad de la ESE y que documentan la atención estandarizada, en los servicios de Promoción y Mantenimiento de la salud, en los diferentes cursos de vida a los cuales se refiere dicha norma. Cabe anotar que los protocolos del área se encuentran implementados, pero no están diseñados los flujogramas. En cuanto a los procedimientos documentados, tenemos las RIAS y las GPC de SIFILIS, VIH, HEPATITIS B, DIABETES, DISLIPIDEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, socializados con constancia de asistencias y además, las rutas cerebrocardiovascular, materno perinatal, primera infancia e infancia, a través de acta #001 de marzo 03 de 2023 •

La medición de adherencia no se ha realizado porque no se ha realizado el 100% de las socializaciones y actualizaciones de protocolos y GPC; se dio un plazo de 1 a 3 meses con el apoyo del área de calidad, para implementar la medición de adherencia de las historias clínicas de los programas de PYM a las guías.

Las acciones contempladas en el Mapa de riesgo institucional, para el proceso de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PYM) de la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús, se estiman en un avance del 70%, ya que hace falta la socialización de las guías, para ser aplicadas como control al riesgo de incumplimiento en los programas de PYM ya que al no ser socializadas, no se ha realizado la medición de adherencia del personal asistencial a dichas guías; además se realiza seguimiento mensual a las estimaciones de cada EPS, de las cuales se evidencia un avance general por debajo del 40%, lo cual indica falencias en las atenciones estimadas para la población afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Valencia y por tanto, se deben adelantar acciones para aumentar la cobertura de los programas de PYM que ofrece la ESE HSC.J, para lo cual se han implementado jornadas de salud para el área rural y rural dispersa del municipio de Valencia, con los servicios de salud que ofrece la ESE. Todas estas acciones son aplicables para mitigar los riesgos de la gestión de PYM de la ESE y constituyen los controles establecidos para dicha dependencia en el mapa de riesgos integral de la vigencia 2023.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Tiempo Planificado Auditoría: 3 Horas | Tiempo Real Auditoría: 3 Horas |
| Fecha Informe Auditoría: 24/03/2023 | Cumplimiento Publicación Informe(10 días hábiles): |

Observaciones:

| Balance de resultados Auditoría | No Conformidad Real | No Conformidad Potencial | Oportunidad de Mejora |
|--|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| No. Hallazgos detectados en esta Auditoría | 0 | 0 | 2 |
| No. Hallazgos abiertos auditorías anteriores | | | |
| No. Hallazgos cerrados auditorías anteriores | | | |
| Total hallazgos abiertos | | | |

| Hallazgos registrados de la Auditoría actual | | | | | | | | |
|--|---|---------------|-------------|------------|-------------|----------------|-------------|--------|
| No. | Acción | | | | | | | |
| Tipo Hallazgo | Descripción | | | | | | | |
| 1 | <p>Oportunidad de Mejora</p> <p>Acción de Mejora</p> <p>HECHO: No están socializadas las guías, protocolos y demás documentos del proceso en su totalidad</p> <p>EVIDENCIA: el auditor no observa actas de socialización ni evidencias de asistencia</p> <p>CRITERIO: Guías de practica clinica de PYM del ministerio de Salud y protección social, resolución 3280</p> <p>IMPACTO: Maximizar la eficiencia operacional Mejorar la eficacia de las actividades del proceso. Mejorar el flujo de recursos.</p> <p>HECHO: No se ha realizado medición de adherencia a las guías de práctica clínica por parte del personal de PYM</p> <p>EVIDENCIA: Ausencia del formato solicitado</p> <p>CRITERIO: Historia clinica Según Resolución 3280 de 2018</p> <p>IMPACTO: Maximizar la eficiencia operacional Mejorar la eficacia de las actividades del proceso.</p> | | | | | | | |
| 2 | <p>Oportunidad de Mejora</p> <p>Acción de Mejora</p> | | | | | | | |
| Hallazgos de Auditorías anteriores | | | | | | | | |
| No. | Fecha Auditoría | Tipo Hallazgo | Descripción | No. Acción | Tipo Acción | Fecha Estimada | Seguimiento | Estado |
| Ente Auditor (Interno / Contratado) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Fin del informe