



Valencia, 11/03/2022.

OFICIO.


DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: COORDINADOR MEDICO Y ENFERMERA JEFE AREA
ASISTENCIAL.
E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

ASUNTO: ENTREGA DEL PLAN DE AUDITORIA AL PROCESO DE GESTIÓN
ASISTENCIAL AREA DE URGENCIAS 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 de gestión asistencial (URGENCIAS) de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que se realizará el día 16 de marzo de 2022 a partir de las 08:00 AM, esperamos contar con su disponibilidad de tiempo.

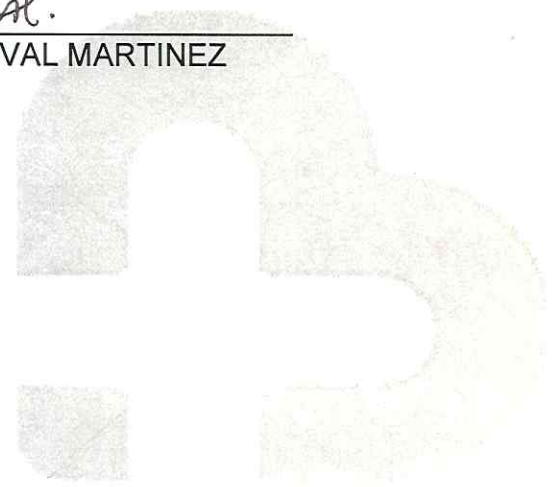
Cordialmente



ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable



RUBY DOVAL MARTINEZ
Auditado.



Número Auditoría: 002	Fecha Programación: 16/03/2022	Proceso: GESTION ASISTENCIAL
Subproceso: URGENCIAS	Ciclo: 2022	
Sistemas Auditados: SIG	Auditado: Coordinador medico y jefe area asistencial	
Objetivo Programa Auditoría: Evaluar la conformidad de los procesos teniendo en cuenta el sistema integrado de gestión, requisitos legales.		
Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso en materia de calidad y seguridad del paciente		
Requisitos: Documentación asociada al proceso, programa de seguridad del paciente, efectividad clínica.		
Alcance: Calidad, seguridad del paciente		

ZULIM TRUJILLO GUERRA	Rol
JHANINA DIAZ VIDAL	Auditor Responsable
	Auditor Acompañante

Actividades Programadas						
Actividad	Duración	Fecha	Hora	Lugar	Auditados	Documentos
Reunión de apertura	15 min	16-mar-22	8:00	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Plan de Auditoría
Misión, Visión	15 min	16-mar-22	8:15	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Direccionamiento estrategico
talento humano	15 min	16-mar-22	8:30	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Hojas de vida
Infraestructura y dotación	15 min	16-mar-22	8:45	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Cronogramas de calibración y mantenimiento de equipos
Procesos prioritarios	30 min	16-mar-22	9:20	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Documentación de procesos y procedimientos
Mapa de riesgo	15 min	16-mar-22	9:40	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	Sistema de gestión del riesgo
Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	15 min	16-mar-22	10:15	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	programa de seguridad del paciente
La seguridad en la utilización de medicamentos	30 min	16-mar-22	10:40	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	procedimiento de manejo de medicamentos
El riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud	15 min	16-mar-22	11:15	Urgencias	Coordinador Medico y jefe area asistencial	procedimiento

Indicadores	15 min	16-mar-22	11:30	Urgencias	Coordina Medico y jefe area asistencial	indicadores
Preparación de informe	15 min	16-mar-22	11:45	Oficina de Control Interno	Coordinador Medico y jefe area asistencial	No aplica
Reunión de cierre	30 min	16-mar-22	11:45	Oficina de Control interno	Coordinador Medico y jefe area asistencial	informe de auditoria

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: URGENCIAS.

ACTA N°: 002

FECHA: 16/03/2022

LUGAR: URGENCIAS.

HORA INICIO:

08:00 AM

HORA FINAL:

11:45AM

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

RUBBY DOVAL MARTINEZ

Por parte del auditor

ZULIM TRUJILLO GUERRA
JHANINA DIAZ VIDAL

2. PRESENTACION:



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.

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 jefe RUBY DOVAL, 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.

3. PROPOSITO Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA:

El auditor explicó a los asistentes el propósito general de la auditoria a realizar consistente en:
Evaluar la conformidad del proceso frente al cumplimiento de las normas y procedimientos, involucra los siguientes objetivos específicos:

Examinar la caracterización de los procesos (entradas y salidas), realizar seguimiento sobre el conocimiento y apropiación del direccionamiento estratégico, tales como la misión, visión, política de gestión integral de la ESE. Verificar la documentación del proceso, mapa de riesgo, normas legales, Verificar atención oportuna, integral y de calidad para víctimas de violencia sexual, eventos adversos, seguridad del paciente, indicadores, triage, identificación de pacientes en observación, oportunidad de atención, kits de violencia sexual y VIH.

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

Nombres y Apellidos	Proceso al que Pertenece y/o Dependencia	Cargo	Firma
RUBY DOVAL	Hospitalización	Jefe Área Asistencial	<i>R. Doval</i>
JHANINA DIAZ VIDAL	Calidad	Auditor Responsable	<i>Jhanina Diaz V.</i>
ZULIM TRUJILLO GUERRA	Control Interno	Jefe control interno	<i>Zulim Trujillo Guerra</i>



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: URGENCIAS

ACTA N°: 002

FECHA: 16/03/2022

LUGAR: URGENCIAS.

HORA INICIO

08:00 AM

HORA FINAL

11:45 AM

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

RUBBY DOVAL MARTINEZ

Por parte del auditor

ZULIM TRUJILLO GUERRA

JHANINA DIAZ VIDAL

2. AGRADECIMIENTO:

Se agradeció a la líder del proceso y a los funcionarios de la dependencia auditada, por la disponibilidad de los recursos físicos y logísticos que fueron solicitados para realizar el trabajo y por disposición del personal que fue requerido en las evaluaciones, que fueron realizadas.



E.S.E. HOSPITAL
SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
Su salud, nuestro 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 auditoria:

El personal auditado tiene claro el conocimiento del direccionamiento estratégico, la misión, visión y política de la gestión integral de la entidad. Al revisar las hojas de vida del personal asistencial del servicio de urgencias, constatamos la aptitud para los cargos, registro en el rethus y actualización en formación complementaria en cursos de atención a víctimas de violencia sexual, atención a víctimas de ataque con agentes químicos, reanimación, humanización de los servicios de salud, reanimación cardiovascular, gestión del duelo, IAMI, AIEPI, las pólizas de responsabilidad civil, entre otros. En lo referente al estándar de dotación, los equipos biomédicos se encuentran en funcionamiento, pero no se ha cumplido el cronograma de mantenimiento preventivo de los mismos; la calibración se encuentra vigente hasta el mes de Diciembre; las camillas presentan averías que impiden mantener las barandas levantadas para evitar el riesgo de caídas, lo cual atenta contra la seguridad de los pacientes; En cuanto a la revisión de carro de paro, si se está haciendo lista de chequeo y reposición de dispositivos médicos, luego de la utilización de los mismos. en lo que respecta a los criterios del estándar de procesos prioritarios, Se evidencia rotulo de identificación de pacientes en camillas de observación, pero no suministra información de la clasificación de riesgos del paciente, se evidencia clasificación del TRIAGE publicada en un pendón, se encuentran procedimientos y protocolos documentados y socializados, a través de acta #003 de 2022, tales como: sitios de venopunción y prevención de flebitis, sonda nasogástrica, administración y preparación de medicamentos, guía de puerperio, cambio de las líneas de cateterismo, carro de paro (composición) organización, reanimación cardio pulmonar, signos vitales, triage, colocación de catéter urinario, monitoreo fetal, toma de glucometría, frecuencia del cambio de soluciones, atención del parto y recién nacidos, aplicación de enema, identificación del paciente, derrame de medicamentos, manejo de registros de enfermería; no se evidencia protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria, que requieren manejo en el servicio ni seguimiento del estado clínico de los mismos; no se evidencia documento que orienta la atención en salud, de pacientes con problemas o trastornos de salud mental; no se evidencian formatos de información a los usuarios y sus familiares, sobre recomendaciones, criterios que impliquen el reingreso, controles y posibles complicaciones.

En cuanto al reporte, análisis y socialización de los eventos adversos presentados en el servicio, se están notificando al área de calidad y seguridad del paciente, pero no se evidencian socializados los análisis ante el COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Los indicadores de



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.

seguridad se encuentran en ceros, ya que no se han reportado caídas ni eventos adversos de aplicación de medicamentos en esta área. Por otra parte, se cuenta con Kit para la recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual.

De las acciones establecidas en el Mapa de riesgos institucional, en el área de urgencias hace falta socializar algunas guías de práctica clínica y modificar las rutas de acceso de los pacientes sintomáticos respiratorios, ya que estos no se atienden en la sala ERA, sino en una sala contigua al área de observación.

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.

Julio Ampelio Guerrero

Auditor (Jefe Control interno)

Rebeca Dora V.

Coordinador de calidad

P. Acuña

Líder del Proceso Auditado

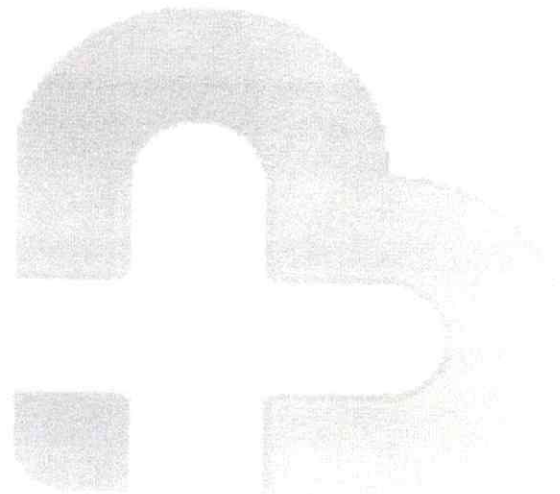


ACTA DE SOCIALIZACIÓN GUÍAS DE ENFERMERÍA N^a 3

OBJETIVO GENERAL: Socializar con las auxiliares de enfermería de los servicios urgencias, hospitalización y sala de ira de la ese hospital sagrado corazón de Jesús las guías de enfermería.

Desarrollo de la reunión:

Mediante el acta n^a3 se llevó acabo la socialización de las guías de enfermería como lo son manejo de carro de paro, reanimación cardio pulmonar, colocación de catéter urinario, triage, puerperio, signos vitales, monitoreo fetal, sonda nasogástrica, administración y preparación de medicamentos, toma de glucometria, aplicación de enema, identificación del paciente, derrame de medicamentos, manejo de registros de enfermería, sitios de venopuncion y prevención de flebitis, cambio de líneas, frecuencia del cambio de soluciones, atención al parto y recién nacido, con una asistencia de todas las auxiliares al sitio de socialización las cuales se desarrollaron a cabalidad.





Acuerdos y compromisos:

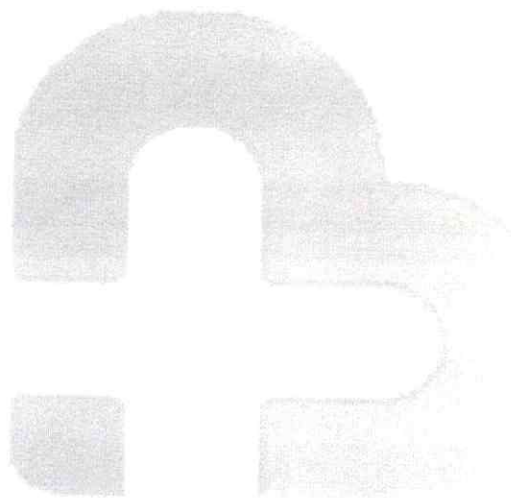
- Las auxiliares se comprometieron a poner en prácticas lo que reglamentan las guías.
- Se dejó claro las funciones de cada profesional como lo dice la guía.

Anexos listados de asistencia

R. Doval

Rubby Doval Martínez

Jefe área clínica





Valencia, 24 de Marzo de 2022.

OFICIO

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: JEFE DEL AREA HOSPITALIZACION.

ASUNTO: ENTREGA DEL INFORME FINAL DE AUDITORIA AL PROCESO DE HOSPITALIZACION, 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 HOSPITALIZACION de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 16 de Marzo del 2022, 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
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Auditor Responsable

Recibí.

R. Doval
RUBY DOVAL MARTINEZ.
Auditado.

C.C. Gerencia.

Recd 24-03-2022
Hora: 4 p.m.
Georgina Acosta



Valencia, 24 de Marzo de 2022.

OFICIO

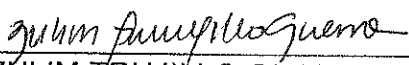
DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

PARA: JEFE DEL AREA URGENCIAS.

ASUNTO: ENTREGA DEL INFORME FINAL DE URGENCIAS AL PROCESO DE HOSPITALIZACION, 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 URGENCIAS de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, el día 16 de Marzo del 2022, 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.


RUBY DOVAL MARTINEZ.
Auditado.

C.C. Gerencia.



INFORME DE AUDITORÍA Fecha: 24/03/2022		Vers (0
		CODIGO
		Fecha Última Revisión nov-17

Número Auditoría: 002	Fecha Programación: 16/03/2022	Macroproceso: Gestión Asistencial
Línea: Administrativa	Área Organizacional: Urgencias	Ciclo: 2022
Sistemas Auditados: SIG	Auditado: cordinador medico y jefe enfermería de area asistencial	

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

Objetivo de Auditoría: Evaluar la conformidad del proceso en materia de calidad y seguridad del paciente.

Requisitos: documentación asociada al proceso, programa de seguridad del paciente, efectividad clínica.

Alcance: calidad seguridad del paciente

Auditor		Rol
Zulim Irujillo Guerra	Auditor Responsable	
Jhanina Diaz Vidal	Auditor Acompañante	

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. Al revisar las hojas de vida del personal asistencial del servicio de urgencias, constatamos la aptitud para los cargos, registro en el rethus y actualización en formación complementaria en cursos de atención a víctimas de violencia sexual, atención a víctimas de ataque con agentes químicos, reanimación, humanización de los servicios de salud, reanimación cardiovascular, gestión del duelo, IAMI, AIEPI, las polizas de responsabilidad civil, entre otros. En lo referente al estándar de dotación, los equipos biomédicos se encuentran en funcionamiento, pero no se ha cumplido el cronograma de mantenimiento preventivo de los mismos; la calibración se encuentra vigente hasta el mes de Diciembre; las camillas presentan averías que impiden mantener las barandas levantadas para evitar el riesgo de caídas, lo cual atenta contra la seguridad de los pacientes; En cuanto a la revisión de carro de paro, si se está haciendo lista de chequeo y reposición de dispositivos médicos, luego de la utilización de los mismos, en lo que respecta a los criterios del estándar de procesos prioritarios. Se evidencia rotulo de identificación de pacientes en camillas de observación, pero no suministra información de la clasificación de riesgos del paciente, se evidencia clasificación del TRIAGE publicada en un pendón, se encuentran procedimientos y protocolos documentados y socializados, a través de acta #003 de 2022, tales como: sitios de venopunción y prevención de flebitis, sonda nasogastrica, administración y preparación de medicamentos, guía de puerperio, cambio de las líneas de cateterismo, carro de paro (composición) organización, reanimación cardio pulmonar, signos vitales, triage, colocación de catéter urinario, monitoreo fetal, toma de glucometría, frecuencia del cambio de soluciones, atención del parto y recién nacidos, aplicación de enema, identificación del paciente, derrame de medicamentos, manejo de registros de enfermería; no se evidencia protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria, que requieren manejo en el servicio ni seguimiento del estado clínico de los mismos; no se evidencia documento que orienta la atención en salud, de pacientes con problemas o trastornos de salud mental; no se evidencian formatos de información a los usuarios y sus familiares, sobre recomendaciones, criterios que impliquen el reingreso, controles y posibles complicaciones.
En cuanto al reporte, análisis y socialización de los eventos adversos presentados en el servicio, se están notificando al área de calidad y seguridad del paciente, pero no se evidencian socializados los análisis ante el COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. Los indicadores de seguridad se encuentran en ceros, ya que no se han reportado caídas ni eventos adversos de aplicación de medicamentos en esta área. Por otra parte, se cuenta con Kit para la recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual.
De las acciones establecidas en el Mapa de riesgos institucional, en el área de urgencias hace falta socializar algunas guías de práctica clínica y modificar las rutas de acceso de los pacientes sintomáticos respiratorios, ya que estos no se atienden en la sala ERA, sino en una sala contigua al área de observación.

Tiempo Planificado Auditoría: 3:40 Horas	Tiempo Real Auditoría: 3 Horas y 40 min
Fecha Informe Auditoría: 24/03/2022	Cumplimiento Publicación Informe(10 días hábiles):

Balance de resultados Auditoría		No Conformidad Real	No Conformidad Potencial	Oportunidad de Mejora
No. Hallazgos detectados en esta Auditoría		0	0	3
No. Hallazgos abiertos auditorías anteriores		0		
No. Hallazgos cerrados auditorías anteriores		0		
Total hallazgos abiertos		0		

Hallazgos registrados de la Auditoría actual		Hallazgos registrados de la Auditoría actual	
No.	Tipo Hallazgo	Acción	Descripción
1	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>HECHO: hay procedimientos, protocolos y guías del área de URGENCIAS de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que aun requieren de actualizaciones y socializarlos.</p> <p>EVIDENCIA: Guías y protocolos sin flujogramas ni actas de socialización.</p> <p>CRITERIO: Resolución 3280 y 3100</p> <p>IMPACTO: Eficacia en tratamientos Adecuada Gestión de riesgos</p> <p>HECHO: Persiste el mal estado de las bandejas de las camillas de observación</p> <p>EVIDENCIA: Camillas con bandejas echo por dificultad para subir las</p> <p>CRITERIO: seguridad del paciente gestión integral</p> <p>IMPACTO: Gestionar los procesos de forma eficiente. Calidad en la atención medición y análisis de los riesgos</p> <p>HECHO: Cmogramas de mantenimiento preventivo no se cumplen</p> <p>EVIDENCIA: Reportes de mantenimiento desactualizados</p> <p>CRITERIO: política de seguridad del paciente y gestión integral</p> <p>IMPACTO: Mejorar la seguridad de los usuarios. Maximizar la eficiencia en la atención minimizar los riesgos en los usuarios y funcionarios</p>
2	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>CRITERIO: política de Política de</p>
3	Oportunidad de Mejora	Acción de Mejora	<p>CRITERIO: política de seguridad del paciente y gestión integral</p>
	Fecha Auditoría	No. Acción	No. Acción
	Tipo Hallazgo	Tipo Acción	Tipo Acción
	Descripción	Fecha Estimada	Seguimiento
			Estado

Fin del informe



Valencia, Octubre 17 de 2022.

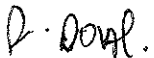
Doctora:

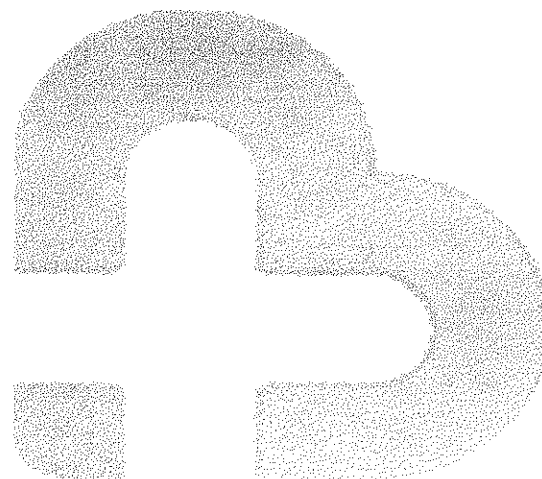
ZULIM TRUJILLO GUERRA
Jefe de control interno

REF: ENTREGA PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA DEURGENCIAS.

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

Quedo atenta a cualquier requerimiento.


RUBY DOVAL MARTINEZ
Enfermera jefe Asistencial





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

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

PLAN DE MEJORAMIENTO
AUDITORIA INTERNA AL SERVICIO DE URGENCIAS & OBSERVACION

ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA – CORDOBA
REPRESENTANTE LEGAL: ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ

OBSERVACIONES:

FECHA: 17- OCTUBRE DE 2022.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA(S)	INDICADORES	META	FUNCIONARIO RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Hay procedimientos, protocolos y guías del área de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que aun requieren de actualizaciones y socializarlos.	1. Realizar socialización en el mes de marzo de las diferentes guías con el personal de enfermería del área clínica.	100%	1. Difundir conocimientos de los procedimientos, protocolos y guías del área clínica.	Jefe Área de Urgencias.	humanos	17 de noviembre de 2022.	20 de diciembre del año 2022.
Persiste el mal estado de las	1. Realizar cambio de camillas las cuales tenían las		Camillas en		Propios de la E.S.E.	20	20 de diciembre de 2022.



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

Calle 12 N 8-99 B. Mazareth, Valencia - Córdoba
 314 5609641
 esehscj@hotmail.com
 www.esehscj.com

barandas de las camillas de observación.	barandas averiadas.	70%	buen estado en el área de urgencias.	JEFE DE AREA	Noviembre 2022	31 de octubre de 2022.
CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO O PREVENTIVO SE NO CUMPLEN.	1. Establecer cronogramas de mantenimiento preventivo y radicarlos en el área.	100%	Darle cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento preventivo	CALIDAD.	27 de octubre de 2022.	Propios de la ese.

R. Doval.

RUBY DOVAL MARINEZ

JEFE DEL AREA DE URGENCIAS & OBSERVACION

Zulim Trujillo Guerra.
ZULIM TRUJILLO GUERRA

JEFE DE CONTROL INTERNO



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

PLAN DE MEJORAMIENTO
AUDITORIA INTERNA AL SERVICIO DE URGENCIAS & OBSERVACION

ENTIDAD: E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE VALENCIA – CORDOBA
REPRESENTANTE LEGAL: ALBERTO SEGUNDO VIDAL DIAZ

OBSERVACIONES:

FECHA: 17- OCTUBRE DE 2022.

DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION (ES) CORRECTIVA(S)	INDICADORES	META	FUNCIONARIO RESPONSABLE	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	AVANCE
Hay procedimientos, protocolos y guías del área de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, que aun requieren de actualizaciones y socializarlos.	1. Realizar socialización en el mes de marzo de las diferentes guías con el personal de enfermería del área clínica.	100%	1. Difundir conocimientos de los procedimientos, protocolos y guías del área clínica.	Jefe Área de Urgencias.	humanos	17 de noviembre de 2022.	20 de diciembre del año 2022.	Diciembre de 27/2022 A través de visita de inspección ocular, se constató que los procedimientos y guías que faltaban por socializar, no se han desarrollado y por lo tanto quedan pendientes



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

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

Persiste el mal estado de las barandas de camillas de observación.	1. Realizar de cambio de las camillas que las cuales tenían las barandas averiadas.	70%	Camillas en buen estado en el área de urgencias.	JEFE DE AREA	Propios de la E.S.E.	20 Noviembre e 2022	20 de diciembre de 2022.	para la próxima vigencia. A través de inspección ocular, se verificó el cambio de camillas que estaban averiadas en el área clínica.
CRONOGRAMAS DE MANTENIMIENTO O PREVENTIVO NO SE CUMPLEN.	1. Establecer de cronogramas de mantenimiento preventivo y radicarlos en el área.	100%	Darle cumplimiento a los cronogramas de mantenimiento preventivo	CALIDAD.	Propios de la ese.	27 de octubre de 2022.	31 de octubre de 2022.	Se observa que hay una carpeta actualizada donde se evidencia el mantenimiento preventivo de los equipos.

R. Doval
RUBBY DOVAL MARINEZ
JEFE DEL AREA DE URGENCIAS & OBSERVACION

Zulim Trujillo Guerra
ZULIM TRUJILLO GUERRA.
Jefe Oficina De Control Interno.