

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
		PÁGINA

Distracción – La Guajira, 18 de Diciembre de 2024.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Proceso:	Control Interno
Dependencia:	Seguimiento MECI
Tipo de auditoría:	Informativa
Auditor Líder:	Yalene Leticia Orozco Díaz
Tipo de Informe	Definitivo

2. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley 87/93, el rol de Evaluación y Seguimiento establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648/17 y el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno a continuación, me permite presentar el informe de la evaluación independiente del sistema de control interno del seguimiento al Modelo Estándar de Control Interno:

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Evaluar de forma independiente el Sistema de Control Interno de la implementación de Modelo Estándar de Control Interno (MECI), de igual forma la efectividad del autocontrol para la prestación del servicio.

4. ALCANCE

Se verificará con base en las funciones del Área, la aplicación y efectividad de los procedimientos internos, planes, políticas y manuales, entre otros; establecidos por la ESE HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA para el cumplimiento de la misión, así mismo la gestión encaminada al cumplimiento del objetivo institucional de “Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento”, la administración de los riesgos del proceso Gestión Logística (específicamente el Área evaluada), de igual forma la efectividad del autocontrol en el Área de Trabajo Social, Gestión de Servicio de Información y Atención al Usuario y Central de Citas.

5. AVANCES

5.1. Componente Talento humano

5.1.1. En esta área se han implementada la documentación, planes de capacitación, manual de bienestar e incentivo el cual se debe dar una mejor aplicación, también se estableció el manual y cronograma de vacaciones, de parte de la oficina de control interno se estableció el código de ética de la institución.

ELABORÓ	APROBO	FECHA
YALENE OROZCO DIAZ CONTROL INTERNO	ALAILA RODRIGUEZ DAZA GERENTE	DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

5.2. Componente Direccionamiento Estratégico

5.2.1 Planes programas y proyectos

Se cuenta con misión, visión y objetivos institucionales, se debe hacer una sociabilización de la plataforma estratégica del plan de gestión de gerencia, se debe hacer la publicación en la página web de la institución e implementar carteleras en los servicios de la institución.

Se realizaron la mayoría los planes de acción por proceso para la vigencia 2024, algunas áreas de la institución aun no cuentan con planes de acción a desarrollar durante el año, por lo cual se iniciaran las auditorias del año 2025 haciendo sugerencia sobre la realización de los planes de acción.

El plan de Gestión Gerencial se encuentra aprobado y se realizó la actualización en el PAMEC (programa de mejoramiento de la calidad) Aunque no se contó con un Plan de Gestión Gerencial aprobado, se realizó mes a mes la evaluación de los indicadores definidos en el PAMEC y se ha dado cumplimiento con la mayoría de los indicadores.

Se tiene establecido, conforme a la normatividad vigentes, el Plan de gestión integral de Residuos hospitalarios; se encuentra establecido Plan de gestión documental en más del 80%.

Se tiene establecido el programa de seguridad del paciente.

5.2.2. Modelo de operación por procesos

Se cuenta con mapa de procesos de conformidad con el crecimiento institucional y cambios administrativos para una mayor articulación entre procesos. Se tienen definidas la mayoría de las caracterizaciones de los procesos. Se encuentra documentados la mayoría de los procedimientos en los procesos especialmente los misionales los cuales se actualizan de acuerdo a los requerimientos de habilitación.

Se ha socializado y actualizado parte de los procesos misionales. (Guías, manuales, procedimientos y protocolos de atención). Se cuentan con actas de reunión que soportan la revisión, ajuste y divulgación de los procesos misionales (guías y protocolos de manejo).

5.2.3 Estructura organizacional

Se cuenta con una estructura organizacional apropiada que permite trabajar por procesos, donde se identifican los niveles de responsabilidad. Esta es socializada en el proceso de inducción. Se debe actualizar el Manual de Funciones y realizar Manual de Actividades del Personal Contratado por prestación de servicio.

5.2.4 Indicadores de gestión

ELABORÓ	APROBO	FECHA
YALENE OROZCO DIAZ CONTROL INTERNO	ALAILA RODRIGUEZ DAZA GERENTE	DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

Se tiene definida herramienta ficha de indicadores. En cumplimiento a la circular externa 09 de 2015 de la Supersalud, se consolidaron y analizaron los indicadores del Plan de gestión. Se realizó seguimiento mensual a estos indicadores.

En el marco de la información reportada en la plataforma de SIA auditorias se reportan indicadores de productividad, calidad, financieros, de satisfacción, indicadores trazadores etc. Se genera cada cuatro meses y anual el perfil epidemiológico. Se lleva el SIVIGILA con manejo adecuado.

5.2.5 Políticas de operación.

Dentro del programa de Seguridad y Salud en el Trabajo se tienen establecidas las políticas de operación del Hospital: Política de calidad, Política de seguridad del paciente, Política de salud laboral, Políticas financieras, Política plan de comunicaciones, Política de gestión ambiental, entre otras. Sin embargo a la mayoría no han sido actualizadas y socializadas.

5.3 Componente Administración del Riesgo

5.3.1 Política de administración del riesgo

Se cuenta con política de administración del riesgo, sin embargo esta debe ser actualizada. Una de las políticas de administración del riesgo más importante es la seguridad del paciente; esta se ha socializado ampliamente y es entendida por gran parte del área misional.

5.3.2 Identificación del riesgo

Para la identificación y valoración del riesgo, fue realizada utilizando la metodología de la DAFFP, considerando aspectos como: los objetivos, alcance de los procesos, las causas posibles asociadas a los factores analizados en cada uno de los procesos y la posibilidad de ocurrencia y el impacto de las evaluaciones identificadas.

Sin embargo durante la vigencia 2024 no se realizó ningún ajuste o modificación al mapa de riesgos. Se tiene establecido y operando el programa de seguridad del paciente en donde se identifican los riesgos de la atención en salud de los diferentes servicios. (Seguridad del paciente), se tiene establecido y operando el procedimiento de notificación de eventos adversos, se tiene establecida la política de seguridad del paciente, se ha capacitado y evaluado en temas de seguridad y riesgos (Tecnovigilancia, farmacovigilancia, IAAS).

Los funcionarios y/o colaboradores identifican y gestionan los principales riesgos en la prestación del servicio como son de seguridad del paciente, y de una manera incipiente de farmacovigilancia, Tecnovigilancia entre otros.

5.3.3 Análisis y valoración del riesgo

ELABORÓ	APROBO	FECHA
YALENE OROZCO DIAZ CONTROL INTERNO	ALAILA RODRIGUEZ DAZA GERENTE	DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

El Hospital cuenta con la Oficina organizada de Atención al Usuario, se realiza la apertura de buzones de manera sistemática, se cuenta con proceso de evaluación y seguimiento a la satisfacción del cliente y partes interesadas.

6. DIFICULTADES

Se deben actualizar todos los documentos de la institución con la nueva plataforma estratégica establecida en el plan de Gestión de la Gerencia que contempla los principios y valores de la entidad, por lo que se hace necesario revisar la pertinencia de los principios y valores allí establecidos conforme a los cambios del entorno y crecimiento que ha tenido la ESE en los últimos años.

No se cuentan con suficientes evidencias de socialización del código de ética. Se deben buscar estrategias de socialización permanente de los principios y valores de la entidad.

No se ha documentado el Plan de Previsión de Recursos humanos. No se encuentran actualizadas y/o documentadas y socializadas las políticas del talento humano.

Las evaluaciones de desempeño no se están realizando a ninguno de los funcionarios, se concertaron objetivos por fuera de las fechas establecidas a algunos funcionarios. Producto de las mismas no se están generando planes de mejoramiento individual.

No se generó reporte de resultados de la evaluación de desempeño de año 2024 del Plan institucional de formación y capacitación, esta de manera generalizada y no corresponde al instrumento de recolección de necesidades aplicado.

No contempla proyectos de aprendizaje estructurados. Aunque se actualizó el manual de funciones y competencias laborales este no ha sido socializado. No se tiene establecido el programa para preparar al pre pensionado para el retiro del servicio.

Los contratistas de la Institución no cumplen con la afiliación al régimen contributivo en salud, se pasa circular informativa a los empleados para que tengan en cuenta que nos e debe pagar solo la seguridad social, si no, estar afiliado al régimen contributivo en salud.

En el marco del Plan de incentivos no se realizó reconocimiento a los mejores empleados de carrera y de libre nombramiento y remoción y contratistas, así como para la selección y evaluación de los equipos de trabajo conforme lo determina la Ley.

Aunque se cuenta con formato y proceso de inducción actualizado con los temas a tratar, es necesario estructurar el programa y/o plan de inducción y reinducción con

ELABORÓ	APROBO	FECHA
YALENE OROZCO DIAZ CONTROL INTERNO	ALAILA RODRIGUEZ DAZA GERENTE	DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

revisión periódica y evaluación del proceso semestral u anual.

Durante la vigencia 2024, no se realizaron la contratación en las fechas y periodos correspondientes, tanto así que se termina la vigencia 2024, sin estar contratado el último trimestre del año, se debe prestar atención continua a este procedimiento de contratación para evaluar las condiciones y procurar mejoras en el.

Los planes de acción por procesos no están siendo dados a conocer a todos los colaboradores del proceso, con el fin de que estos tengan claridad sobre las metas y programas que desarrolla la entidad.

Se presentan debilidades para la medición de la eficacia de los procesos, es necesario que los líderes de proceso revisen y generen el respectivo análisis. Falta mayor utilización de la herramienta definida (ficha de indicador) para seguimiento y análisis de los indicadores, falta mayor seguimiento de indicadores reportados a entes de control, no están definidos los indicadores en todos los procesos.

Falta documentación de acciones correctivas formuladas a los procesos. Falta mayor interiorización de la cultura de administración del riesgo. Se identifican los riesgos pero se presenta debilidades en las acciones para su mitigación.

Se debe armonizar los mapas de riesgos con los riesgos de corrupción y riesgos de seguridad del paciente. Falta mayor participación de los servidores en el mejoramiento continuo de los procesos.

7. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

7.1 Componente Autoevaluación institucional

La principal herramienta de autoevaluación se hace a través de los comités institucionales, como lo son seguridad del paciente, historias clínicas, infecciones, cove, ambiental, farmacovigilancia; fueron los que en el periodo evaluado registraron actividades de seguimiento y autoevaluación de los procesos, estos son espacios propicios en que los servidores de diferentes áreas interactúan con los procesos de dirección en pro de mejoramiento.

En el periodo evaluado se contó con un proceso estandarizado de auditoría concurrente a la facturación de los servicios de salud, Se sigue haciendo acompañamiento por parte de la Oficina de Control Interno, a las diferentes dependencias de la Entidad, resaltando la cultura de autocontrol.

7.2 Componente Auditoria Interna

Se elaboró y presento al comité MECI el programa anual de auditorías de la ESE Hospital Santa Rita de Cassia. Se tiene definido el procedimiento de

ELABORÓ	APROBO	FECHA
YALENE OROZCO DIAZ CONTROL INTERNO	ALAILA RODRIGUEZ DAZA GERENTE	DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

PÁGINA

auditoria interna Dentro de las auditorías realizadas en el periodo evaluado se encuentran la consolidación y elaboración de informes a entes externos como:

- Informe a la contraloría departamental SIA auditorias
- Se elaboró y publico Informes de seguimiento al cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano.
- Informe seguimiento derechos de petición.
- Informe de avance al plan de mejoramiento suscrito con la Supersalud. Dentro del periodo evaluado entre otros, se han realizado además de los informes a entes de control las siguientes auditorias:
 - Seguimientos a quejas y peticiones correspondientes al segundo semestre de 2.024
 - Auditoria a órdenes de pago de los meses de noviembre, diciembre de 2024 de contrato de prestación de servicios de profesionales en el procesamiento y lectura de estudios de patologías.
 - Auditoria historias laborales.
 - Auditoria a órdenes de pago de contratos de prestación de servicios profesionales varios.
 - Auditoria al programa de seguridad del paciente.
 - Seguimiento a órdenes de pago del contrato de servicios profesionales de medicina.
 - Seguimiento a estudios de conveniencia y oportunidad. Auditorías realizadas por el área de calidad:
 - Revisión cumplimiento requisitos de habilitación procesos prioritarios Imágenes Diagnósticas, Toma de Temperaturas ambientales y Cadena de Frio en el servicio de Farmacia, Central de Oxígeno, Bodega de Almacén, y Almacenamiento de Residuos Hospitalarios en los formatos institucionales.
 - Cumplimiento de los Estándares de Habilitación según la Resolución 2003 de 2024 en el servicio de Odontología, servicio de Farmacia, servicio de Brigadas o Jornadas de salud (Atención en unidad móvil terrestre), laboratorio, radiología e imágenes diagnósticas,
 - En coordinación con el área de farmacia se realizó autoevaluación a los estándares de acreditación de ambiente fisco e información. Se realizó evaluación de plan de acción y plan de desarrollo por parte de la oficina de planeación, Se efectuó seguimiento a todos los eventos adversos presentados a través del programa de seguridad del paciente, se definieron acciones de mejora en formato establecido.

YALENE LETICIA OROZCO DIAZ
Jefe Control Interno
ESE HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA

ELABORÓ

YALENE OROZCO DIAZ
CONTROL INTERNO

APROBO

ALAILA RODRIGUEZ DAZA
GERENTE

FECHA

DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01

ELABORÓ

YALENE OROZCO DIAZ
CONTROL INTERNO

APROBO

ALAILA RODRIGUEZ DAZA
GERENTE

FECHA

DICIEMBRE 2024

HOSPITAL SANTA RITA DE CASIA	FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO:
 E.S.E. HOSPITAL Santa Rita DE CÁSSIA <small>Gente que lo pone el corazón por tu salud</small>	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 09-05-2023
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01 PÁGINA

ELABORÓ

YALENE OROZCO DIAZ
CONTROL INTERNO

APROBO

ALAILA RODRIGUEZ DAZA
GERENTE

FECHA

MAYO 2024