
	INFORME DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO	FECHA	Elaboración: Agosto 2017
	CODIGO: GEC – CI – F – 7		Aprobación: Agosto 2017
	VER. 1		Actualización: Septiembre 2017

INFORME DE AUDITORIA INTERNA	
NOMBRE DEL AUDITOR: Dra. Viví Soto Ramirez	INFORME AUDITORIA N°: 002
PROCESO: Mejoramiento Continuo. REPRESENTANTE: Dr. Daniel Valderrama	FECHA AUDITORIA: 15/10/2024
TIPO DE AUDITORIA: interna	LUGAR AUDITORIA: Oficina de Mejoramiento Continuo.
<p>OBJETIVO DE LA AUDITORIA: Registrar acontecimientos de carácter administrativo, con el ánimo de promover el cumplimiento de la gestión administrativa, creando un ambiente de autocontrol y direccionamiento en busca de los principios y objetivos institucionales.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA AUDITORIA: Evaluación y seguimiento al avance y logros del proceso de calidad en la entidad, así como también la confrontación de los planes y acciones establecidas para garantizar la calidad y el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios.</p>	
<p>ALCANCE DE LA AUDITORIA: Proceso de calidad, verificar que los procedimientos y la normatividad se estén cumpliendo en su totalidad. Esta auditoria está orientada a evaluar el nivel de eficiencia, eficacia y oportunidad, así como el grado de control que existe en el desarrollo de los procesos y subprocesos y actividades conexas del proceso de calidad de la ESE Hospital Local de Piedecuesta.</p>	
PROCESO AUDITADO: Gestión de Mejoramiento Continuo.	DOCUMENTO REFERENCIA: Toda la necesaria, para el desarrollo de la presente auditoria
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El proceso de mejoramiento continuo informa un grado de avance del cien (100%) de las actualizaciones de los procedimientos, guías, protocolos de los 15 procesos que integran la entidad. ✓ La ESE HLP cuenta con planes de mejoramiento de las siguientes EPS: Auditoría EAPB Sanitas, Auditoría EAPB Nueva EPS, Auditoría secretaria de Salud departamental Participación. ✓ Para el mes de junio del 2024 se realizó revisión de los indicadores de la vigencia 2023 para las revisiones de auditoria de Icontec, donde se actualizaron todos excepto los indicadores de la parte de la coordinación médica y consulta externa, lo cual genero una no conformidad menor en la auditoria. ✓ Dentro del proceso de mejoramiento durante la vigencia se ha realizado la estrategia de rondas de supervisión, en los siguientes programas: tecnovigilancia, farmacovigilancia, seguridad del paciente, SST, ambiental, humanización, TIC, generando listas de chequeo en la validación de los estándares e indicadores de calidad para la transformación cultural. ✓ De igual forma se ha venido realizando auditorías internas reforzando los procesos institucionales, permitiendo avances de una cultura organizacional en los procesos prioritarios. ✓ Existen los siguientes planes de contingencia: Contingencia por alta demanda del servicio Plan de contingencia del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, 	


 HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA <small>Trabajamos por tu salud</small>	INFORME DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO	FECHA	Elaboración: Agosto 2017
	CODIGO: GEC – CI – F – 7		Aprobación: Agosto 2017
	VER. 1		Actualización: Septiembre 2017

plan de contingencia corte de fluido eléctrico, el plan de contingencia de la gestión de información y las tecnologías, plan de contingencia derrame de sustancias químicas, plan de contingencia mantenimiento correctivo ascensor, plan de contingencia equipos biomédicos

- ✓ Durante toda la vigencia se han realizado los grupos primarios donde se han reforzado los conceptos y herramientas institucionales tales como: plataforma estratégica, estructura de la gestión documental, diligenciamiento y análisis de indicadores, documentación de planes de mejoramiento, fortalecimiento de la estructura de procesos hacia el mejoramiento continuo.
- ✓ En el mes de julio se realizó la programación de 8 auditorías internas y para el mes de octubre se cuenta con un cumplimiento del 90% de las mismas.
- ✓ Se cuenta con las actas de comité de mejoramiento continuo hasta la vigencia del mes de octubre del 2024.
- ✓ Se cuenta con plan de seguridad y salud en el trabajo implementado y ejecutado por la responsable de talento humano de la entidad.
- ✓ Se cuenta con plan operativo 2024 con resolución de aprobación 039 de 28 de mayo de 2024.
- ✓ Se realiza trazabilidad al reporte oportuno del 2193, 256, 1552 y 012.
- ✓ Se realiza asistencia técnica a líderes de proceso para la culminación de las acciones de la matriz de la vigencia 2023 y nueva planeación para la vigencia 2024, dando cumplimiento a las directrices de la gestión del riesgo de las NTC y Resolución 3100 del 2019, Se define informe de revisión por la dirección. Revisión del contexto interno y externo Matriz DOFA y Análisis de objetivos de calidad, Informe 256 de manera mensual de nueva eps, Informe 2193 secretaria de salud departamental trimestral, Análisis causal de Eventos Adversos e Incidentes cuando se requiera. Matriz de incidentes y eventos, Acta de comite integral Seguridad del paciente (Tecnovigilancia y reactivovigilancia) mensual en el drive. Gestión del riesgo Clínico ICONTEC iso 9001 de 2015, Rondas de Mejoramiento mensuales, Adherencia a Paquetes Instruccionales actualizados, Auditoría HC enfermería mensual, Actualización, evaluación, seguimientos y Capacitaciones SP, Inducción y reinducción de caritas felices julio 2024, Día de seguridad del paciente fotos, Auditoria internas de seguridad del paciente se planean con calidad (urgencias, internación, farmacovigilancia, apoyo diagnóstico y consulta externa) los informes son de conocimiento de cada líder y/o responsable por correo institucional, Monitoreo de indicadores de manera mensual de gestión en intranet y los de obligatorio cumplimiento en seguridad del paciente, adicional se envían a sistemas para que sean cargados en sispro.
- ✓ Apoyo al auditor medico frente a los reingresos
- ✓ Por parte de la responsable de seguridad del paciente informa que se encuentran clasificados 17 como eventos adversos, 28 incidentes, 2 complicaciones y 3 descartados. Reportes efectivos 42 y no efectivos 6. Con fecha de corte a septiembre del 2024.
- ✓ Se cuenta con la auditoría integral al proceso de Gestión ambiental, Gestión documental revisada y actualizada, Registros a cierre de Febrero de 2023, Programas ambientales, Indicadores ambientales, Rondas ambientales, Capacitaciones, Manejo integral PGIRASA

Oportunidades de mejora

- ✓ La documentación de Guías de práctica clínica bajo la directriz del coordinador médico, se encuentran desactualizadas y se encuentra a la espera de la actualización, socialización al

	INFORME DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO	FECHA	Elaboración: Agosto 2017
	CODIGO: GEC – CI – F – 7		Aprobación: Agosto 2017
	VER. 1		Actualización: Septiembre 2017

equipo médico de la ESE.

- ✓ Se encuentran pendientes los indicadores de auditoria médica.
- ✓ Se recomienda socializar los informes de las auditorías internas por parte del proceso de mejoramiento con los responsables directos de los diferentes temas mencionados.
- ✓ Continuar con el acompañamiento y seguimiento a la matriz de riesgos, plan de acción, matriz de comunicaciones, poa e indicadores a los líderes de los procesos de la entidad.

LA DOCUMENTACIÓN Y EVIDENCIA DE LOS TEMAS SUJETOS DE AUDITORIA INTERNA REPOSAN EN LA OFICINA DE MEJORAMIENTO CONTINUO Y EQUIPO DE COMPUTO, SIENDO RESPONSABLE LA LIDER DEL PROCESO.

RESULTADO

AUDITORIA CONFORME CON RECOMENDACIONES

La presente auditoria programada en el plan anual de auditoria interna PAA de la oficina de control interno para la vigencia 2024, se realizó de manera presencial en la oficina de mejoramiento continuo, arrojando informe conforme con recomendaciones para ser tenidas en cuenta por el líder del proceso de mejoramiento continuo y su equipo interdisciplinario de apoyo, las cuales se sugieren ser tenidas en cuenta para brindar una mejora en los servicios de salud.

FIRMA DEL AUDITOR



VIVI SOTO RAMIREZ

Asesor de Control Interno de la ESE HLP.