

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 1 de 30

**INFORME PLANES DE MEJORA SUSCRITOS POR EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO CON ENTIDADES  
COMO REVISORIA FISCAL**

**PROCEDIMIENTO GESTION DE FACTURACION Y CARTERA**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 07 DE MARZO DE 2019**  
**Líder del Proceso: María Isabel Canizales Riveros**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se ha rendido el informe a la Alta Dirección de las conciliaciones adelantadas con las empresas mediante Actas y Acuerdos de Pago?	Se ha rendido informe verbal.	Realizar comunicación interna y anexar informe de conciliaciones	Se realiza informe a la gerencia por cada conciliación adelantada con las EPS
Reportó las necesidades de capacitación a Talento Humano para la elaboración del PIC?	No se ha realizado reporte de necesidades de capacitación	Realizar el reporte de necesidades de capacitación a talento humano para el 2019	Se realizó comunicación interna a TH con las necesidades de capacitación del área de Facturación y Cartera
Conoce su manual de funciones, y los funcionarios de planta de su proceso conocen el manual de funciones se lo han socializado?	Conozco mi manual de funciones pero no es acorde a las actividades que realizo.	Realizar revisión de las funciones y competencias determinados en el manual, ya que se encuentra en el proceso de actualización	Se realizó la revisión del manual de funciones y competencia las culés fueron entregadas a TH para el proceso de actualización del manual
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Espacio Físico para la disposición final de las cuentas de cobro radicadas. (Espacio de archivo central)	Dar a conocer a la Gerencia la falta de espacio físico para el archivo	Se remitió comunicación interna dando a conocer a la gerencia las necesidades del área de facturación y cartera.
Realizó actualización del FEP (Formato Estandarizado de Proceso), POES.	Existe el POES y FEP, no se registra actualización reciente.	Realizar la actualización del FEP y POES	Se realizó la actualización del FEP y POES con la asesora de calidad
% de meta alcanzada en Facturación en el periodo	141.28%, la línea base es de 1000 millones, pero el hospital factura actualmente un valor superior	Realizar la actualización de valor meta de facturación	Se realizó el ajuste de la meta de facturación de la entidad.
Ha realizado inducción al puesto de trabajo a los funcionarios que han ingresado últimamente a su dependencia? Realizó actas de inducción como evidencia.	La inducción se realiza en general en cuentas médicas, y luego en el área asignada. No se tiene registro de la evidencia.	Realizar el registro de capacitaciones incluyendo al personal de contratación y afiliación	Se realizan capacitaciones periódicas al personal de facturación y cartera, además de la inducción al personal nuevo.
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	Se realizó una actualización la que fue entregada a la contraloría, no se subió a la carpeta de calidad.	Realizar la revisión de la información y subirla a la carpeta de calidad	Se realizó la actualización de los riesgos, se encuentran en proceso de seguimiento.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 2 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Realizo en el PIN los Planes de mejoramiento de las auditorías realizadas por control interno u otras de entes externos?	Se recibe auditoria concurrente de la empresa APLISALUD, revisas el procesos de COOSALUD. Entes de control contraloría y Supersalud.	Subir a la carpeta de calidad al plan de mejoramiento los hallazgos obtenidos en las auditorías externas	No ha suscrito en el plan de mejoramiento dejado por la Contraloría Departamental el cual tiene fecha de suscripción de febrero de 2019 hasta el 31 de Diciembre de 2019
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Asignación de turnos al personal contratista para los fines de semana. Contratación. Rotación de personal de urgencias genera perdida de cuentas. Radicación de facturación falta el 6%, por falta de soporte, autorización de EPS.	Gestionar con la gerencia las debilidades encontradas en el proceso	Sin plan de mejora

**PROCEDIMIENTO GESTION DOCUMENTAL**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 14 DE MARZO DE 2019**  
**Líder del Proceso: Esther Eliana Franco Parra**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Ha Revisado los Actos Administrativos (Acuerdos, Actas de Junta Directiva y Resoluciones), producidos por la Gerencia durante el primer y segundo trimestre del año 2018	Se realizan auditorías para verificar el cumplimiento de la producción y organización de actos administrativos. Se entrega comunicación escrita y por correo interno con los hallazgos encontrados y las recomendaciones dadas por el proceso de Gestión documental. Se solicita al evaluado Plan de mejoramiento y se realiza seguimiento a los hallazgos encontrados. Ultima Auditoria 11 de Marzo de 2019.	Realizar circular interna informando sobre hallazgos encontrados y realización del plan de mejoramiento.	La oficina de GD realizo la entrega de informes de las auditorías realizadas a los actos administrativos y realizo la comunicación interna solicitando los planes de mejora.
Los Manuales, Procedimientos u otros documentos de referencia han sido actualizados como mínimo en los últimos 2 años? Y cuentan con su respectivo acto administrativo de adopción?	No se ha efectuado la actualización de los manuales. Esta actividad se encuentra pendiente.	Realizar la programación para la actualización de los manuales.	A la fecha de seguimiento del plan de mejoramiento se encuentran en la actualización de los manuales de GD.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 3 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Ha realizado reuniones periódicas con grupo (Comité de archivo) con el fin de establecer planes de mejoramiento y compromisos para alcanzar las metas propuestas?	Se efectúan reuniones pero no con la periodicidad que se requiere por falta de tiempo. Para el año 2019 ya se solicitó a la Subgerente la programación de reuniones	Enviar propuesta a la subgerencia cronograma de reuniones del comité de archivo	Debido a la normatividad vigente el comité de archivo quedo integrado al Comité de Gestión y Desempeño creado por la Resolución 054 del 01 de febrero de 2019. El cual ha cumplido con el cronograma de reuniones establecido.
Si se ha realizado la eliminación de documentos de archivo, tanto físicos como electrónicos, se ha dejado constar en Actas de Eliminación, indicando de manera específica los nombres de las series y de los expedientes, las fechas, el volumen de documentos (número de expedientes) a eliminar, así como los datos del acto administrativo de aprobación de la respectiva tabla de retención documental.	Las dependencias efectúan eliminación documental según acta de eliminación. El archivo Central tiene programada para esta vigencia actualización de TRD y aplicación de TVD para ello debe realizar proceso de convalidación de Tablas al CDA, se requiere equipo interdisciplinario e idoneidad para la elaboración de Tablas y capacitación de personal de archivo. Trabajo complejo que requiere de tiempo. Transferir a gerencia.	Socialización a la gerencia de la programación y requerimientos para la actualización de las TDR.	Se estableció el cronograma para la actualización de las TDR, este quedo sin ejecución ya que la responsable de la oficina de GD fue trasladada a otra área.
cumplimiento del cronograma de transferencias documentales	El cronograma de transferencias documentales se cumplió en un 70%. Las dependencias que incumplieron con la transferencias con justificación fueron Control Interno (No había responsable), Contabilidad, Cartera (Volumen excesivo de documentación sin espacio en archivo central). Sin justificación de la no entrega: Contabilidad, Recursos Físicos, Mantenimiento, SIAU, Subdirección Científica, P y P.	Realizar priorización en la programación de transferencias de las dependencias que no realizaron la entrega oportunamente.	La oficina de GD estableció el cronograma de transferencia documental, el cumple de acuerdo a las fechas establecidas.
Realizar la actualización de FEP (formato estandarizado de proceso) Y POES (procedimiento operacional estandarizado) de su proceso?	No se ha realizado actualización de FEP y POES.	Realizar la actualización del FEP Y POES.	Se actualizaron los procesos y procedimientos de GD.
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Falta de adecuación de espacios adecuados para archivo, falta de aplicación de tablas de Retención para eliminación documental. Falta de tiempo ya que las actividades proyectadas ocupan mucho tiempo. Necesidades de Capacitación.	Dar a conocer las necesidades del área a la gerencia.	Se remitió informe de GD a la gerencia donde se manifiestan las necesidades del área. La autoevaluación del PIN fue realizada hasta el primer semestre del 2019 a partir del segundo semestre la funcionaria de GD fue trasladada a otra área.

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 4 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE COSTOS**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 28 DE MARZO DE 2019**  
**Lider del Proceso: Diana Milena Zuleta Vásquez**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Evidencie los costos de cada centro de costos de la institución.	Hasta la fecha el Hospital cuenta con 16 centros de costos (incluida farmacia), centro misionales: urgencias, partos, hospitalización, cirugía, imagenología, laboratorio, terapias, PyP, promotoras, consulta externa, especializada, odontología, ambulancia, farmacia, patologías, otros servicios inherentes a la salud.	Realizar informe trimestral de los costos de cada centro de costos de la institución. Enero – marzo 2019.	La Oficina de Costos presentó Informe del primer trimestre 2019. Por centro de costo & rentabilidad. Este informe es de la información suministrado por SIHOS e l cual es global y no por cada actividad o servicio.
Realiza reuniones periódicamente con los líderes de cada proceso analizar las variaciones representativas en los costos?	Se ha realizado interacción con los funcionarios que han solicitado apoyo a la oficina de costos, como odontología, cirugía, PyP (Jefe Angélica), terapia física, urgencias.	Realizar cronograma de reuniones y socializar.	El comité de costos estableció el cronograma, el cual es convocado previa citación de la presidenta del comité.
Que seguimiento le realiza a la información reportada por el almacén de la distribución de los insumos en cada centro de costos. Y que le sirva de insumo para la presentación de informes correspondiente a su proceso	<p>No hay un informe de clasificación de clase de costo por consumo. No toda la información que se requiere se encuentra en el sistema.</p> <p>El ingeniero Johan realizo una revisión de la información que se requiere y quedo de crear una plantilla y o plataforma para el informe. Se presenta una situación almacén tiene creado una cantidad de centros de costos, que solicitan insumos, pero ellos están parametrizados a los costos de contabilidad que no son los mismos que piden los insumos.</p> <p>Ejemplo: papeles de ecografías en muchas ocasiones están solicitados por P y P, en otras ocasiones están por imagenología, lo que impide realizar un análisis real de los cotos.</p> <p>MO de ecógrafos, en ocasiones está cargado por otros servicios, en otra por consulta especializada, en una ocasión se cargó por PYP. Como centro de cotos no existe.</p> <p>Odontología: PYP solicita insumos para salud oral en la las campañas de PYP, todo lo que son los ingresos lo que realizan de ese proceso se va a PYP, pero los consumos se van a odontología.</p>	Si actualmente se presenta esta situación remitir las evidencias correspondientes para su seguimiento y control.	La oficina de costos realizo la entrega por correo electrónico al Contadora y Revisora Fiscal de las novedades encontradas.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 5 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Evidencie que metodología utilizada para determinar los costos de los procedimientos asistenciales y de apoyo?	La información para determinar los costos se saca del SIHOS. Se solicita a gerencia a Talento Humano en el Plan Institucional de Capacitaciones.	Realizar la presentación de una metodología para la determinación de los costos de los procedimientos asistenciales y de apoyo	La oficina de costos realiza costos globales sobre los informe de SIHOS MAS NO establece la metodología para determinar los cotos de las actividades por cada unidad funcional (asistenciales y de apoyo)
Realizo actualización del FEP (formato estandarizado de proceso) Y POES (procedimiento operacional estandarizado) de su proceso?	No se actualizado desde el 2007. Se solicitara por parte de OCI capacitación con la asesora de calidad para la Actualización del FEP y POES.	Realizar la gestión ante la oficina de calidad para la realización de la capacitación en actualización de FEP y POES. Presentar evidencia.	Se realizó la actualización del FEP y POES
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	El informe trimestral no recibe retroalimentación por parte de la gerencia. No es parte activa del área financiera. Falta de apoyo por parte de SIHOS al proceso de costos. Los informes que genera SIHOS salen con puntuación y esta debe ser eliminada manualmente es una actividad dispendiosa y desgastante. Falta de capacitación y actualización.	Informar a la gerencia la situación encontrada	Se realizó comunicación interna donde se establece las necesidades de la dependencia.

**PROCEDIMIENTO GESTION DE LABORATORIO**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 25 DE ABRIL DE 2019**  
**Líder del Proceso: Daniela Moreno Murcia**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Programación de horarios por el volumen de trabajo. Se requiere de personal profesional por el incremento de actividades	Realizar gestión ante la gerencia para la adjudicación de un nuevo profesional en laboratorio	A la fecha de seguimiento la líder del proceso informa que cuenta con el profesional que se requiere para la atención

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 6 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE APOYO TERAPEUTICO**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 25 DE ABRIL DE 2019**  
**Líder del Proceso: Lina María Madrid Castillo**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
<p>Qué medidas de control se tomaron para optimizar el tiempo y evitar hacinamientos en los pacientes Las áreas de trabajo cumplen con lo estipulado en la resolución 2003 de 2014?</p>	<p>Se redujo el tiempo de consulta en fisioterapia a una hora, sin embargo a pesar que en el 2.015 se amplió el espacio con el antiguo consultorio de terapia respiratoria este continua siendo insuficiente. Tener dos espacios limita la supervisión de todos los pacientes y un riesgo de posibles eventos adversos. No obstante por medio de la auxiliar se controlan los riesgos de caídas y quemaduras.</p> <p>Por medio de la comunicación interna 0254 del 13 de octubre 2017 se solicitó a gerencia la ampliación de la planta física y mantenimiento a la puerta externa de salida de emergencias.</p>	<p>Realizar gestión ante la gerencia para la ampliación del consultorio de Fisioterapia, la cabina de audiometría está en un espacio limitado para el ingreso de pacientes con limitaciones físicas, se requiere de seguridad para la cabina con el fin de evitar accidente con los niños.</p>	<p>A la fecha de seguimiento la líder del proceso de apoyo terapéutico ha realizado dos solicitudes para la instalación de un pasador para la cabina de fonoaudiología, con el fin de brindar seguridad a los pacientes. Su gestión se ha cumplido pero el pasador aún no ha sido instalado.</p> <p>El 23 de septiembre realiza por oficio la solicitud a gerencia y subgerencia de nebulizar y manómetro para terapia respiratoria el cual se requiere.</p> <p>El día dos de octubre 2019 se solicita la revisión de hidroclector grande a subgerencia. Se solicita cambio de el hidroclector</p>
<p>En terapia Respiratoria se tiene actualizado el registro de control de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. (Principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial)</p>	<p>Se evidencia el registro de control de medicamentos de acuerdo a la norma 2003 en todos los servicios que se manejan insumos.</p>	<p>Se recomienda realizar semaforización a los medicamentos que se utilizan. Y la actualización del reporte.</p>	<p>se realizó la semaforización de los medicamentos del área e terapia respiratoria</p>
<p>Se cuenta con guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico. Se tiene las Guías sobre manejo de las 10 Primeras causas de morbilidad de los servicio?</p>	<p>Las guías de fisioterapia, fonoaudiología Y psicología están actualizadas se encuentran en la carpeta de calidad según la morbilidad del 2018. Se actualizan cada dos años.</p>	<p>Actualizar las guías de Terapia Respiratoria, Optometría, y Nutrición. Realizar comunicación por parte de la líder de proceso y la OCI para la entrega d las guías.</p>	<p>A la fecha se encuentra en proceso la actualización de las guías de Terapia Respiratoria, Optometría y Nutrición, ya que las profesionales son contratadas por prestación de servicios y aducen que dentro de las actividades de sus contratos no está la de la elaboración de guías ni protocolos de atención.</p>



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 7 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.	En reunión del equipo operativo se trató el tema del sistema de gestión de los residuos hospitalarios y similares.	Realizar la solicitud a la subgerencia para la adquisición del tarro verde faltante en el consultorio de audiología, dispensador de toallas. En el consultorio de optometría el guardián mantiene lleno de desechos.	Se realizó comunicación interna con todos los requerimientos de apoyo terapéutico a la alta gerencia, igualmente el COPASO cuando hace chequeo notifica esos hallazgos.
A los equipos utilizados en los servicios les tiene sus correspondientes hojas de vida? Y su respectivo mantenimiento? Soporte de que se han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas y los Reportes de Calibración	Se informó por comunicación interna del 21 de marzo de 2019 la ejecución del plan de mantenimiento preventivo con un 91%. Se realizó mantenimiento a fisioterapia el 93%, terapia respiratoria el 100%, en la segunda visita NO entregaron los reportes, fonoaudiología no se contrató 0%, optometría 80% en la segunda visita <b>NO entregaron los reportes.</b> Las hojas de vida de los equipos reposan en la oficina de Mantenimiento.	Solicitar al supervisor del contrato de mantenimiento realizar seguimiento de las visitas del contratista de mantenimiento preventivo y correctivo. Reportar a la oficina de Calidad y de Control Interno las actividades realizadas de mantenimiento. Se evidencia falta de soportes de algunos de los mantenimientos realizados. Se informó en varias ocasiones las fallas del hidrocolector grande, se cambió la resistencia y el suiche, sin embargo continua presentando fallas.	Anualmente la encargada del servicio realiza el informe del cumplimiento del plan de mantenimiento donde soporta la ejecución de este.
Productividad global	Se tenían proyectado 17.844 y se realizaron 22.359 actividades para una productividad del 125% según el Plan de Producción Anual (PPA). Nutrición se proyectó 990 actividades, realizó 1.723 actividades para una productividad del 174 según el POA y del 82% de la capacidad instalada. En el mes de agosto se aumentó a dos profesionales. Optometría realizó el 70% de la meta, de 336 programadas con 234 realizadas. Es de aclarar que la demanda de este servicio es muy baja, ya que los contratos de las EPS los tienen con ópticas particulares. La óptometra consulta cada 15 días. Psicología realizó 1.248 actividades (1.246 consultas Y 2 actividades de capacitación) para un 93% de productividad según POA. En el 2018 Terapia Física (9050) supero la meta con 14.074, para un 156% de las metas del POA y 147% de la capacidad instalada.	Solicitar a la gerencia la gestión oportuna para la contratación de la profesional de fonoaudiología, ya que Las metas no se lograron debido a la demora en el contrato de la profesional solo por 10 meses asistiendo tres veces por semana. Realizo 967 actividades de 1320, cumplió el 73% según el POA y 96% de la capacidad instalada.  En el 2018 Terapia Respiratoria cumplió con 4.113 actividades de 4800 en el área de urgencias, hospitalización, y consulta externa, de las cuales 860 son nebulizaciones realizadas en urgencias, para un 86% de las metas del POA y 89% según la capacidad instalada.	Se realizó comunicación interna con todos los requerimientos de apoyo terapéutico a la alta gerencia.

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 8 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	<p>Falta implementos para la consulta, dotación de mobiliario para los consultorios, enlucimiento de consultorios. Se recibe quejas de pacientes por el estado del consultorio de fonoaudiología. Realizar control de animales Roedores (zarigüeyas)</p> <p>Solicitar al SIAU la revisión de la encuesta ya que los usuarios se equivocan con frecuencia al diligenciarla.</p> <p>No se volvió a realizar el análisis de costos por producción de servicios.</p> <p>No se ha realizado la capacitación de manejo de pacientes con maltrato – víctimas de abuso.</p> <p>No se informa con tiempo al líder del proceso sobre la contratación del personal nuevo tanto de HDSA como el de la cooperativa.</p> <p>Se requiere de ventiladores para los consultorios.</p>	<p>Realizar gestión ante la gerencia y subgerencia de las necesidades requeridas para la adecuación de los consultorios.</p> <p>Informar al SIAU sobre los inconvenientes de la encuestas.</p> <p>Solicitar a Talento Humano la capacitación sobre manejo de pacientes con maltrato, solicitar que sea incluida en el Plan Institucional de Capacitaciones.</p> <p>Solicitar a la supervisión del contrato de la cooperativa informar sobre la contratación del personal nuevo.</p>	Se realizó comunicación interna con todos los requerimientos de apoyo terapéutico a la alta gerencia.

**PROCEDIMIENTO GESTION DE TESORERIA**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 29 DE ABRIL DE 2019**  
**Líder del Proceso: Stephanie Julieth Arango Piedrahita**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se realizan arqueos sorpresivos y periódicos a los funcionarios que tiene bajo su responsabilidad la caja menor.	Diariamente se realiza el arqueo de las cajas de facturación. Se presentan inconvenientes no se entrega a tiempo.	Realizar oficio a la subgerente y al líder de Facturación informando del inconveniente para disponer de un horario de entrega	se realizó verbalmente la solicitud a la subgerencia, donde se asignó un funcionario de facturación el cual tiene establecido el horario de entrega del producido en las cajas de facturación
Se realiza una conciliación diaria de los pagos realizados. Tiene evidencia en seguimiento del registro de transacción bancaria.	<p>Se evidencia conciliación diaria además se revisan portales de los bancos en la mañana todos los días con el fin de comparar los movimientos de las transacciones bancarias y de los giros de cheques.</p> <p>No se lleva registro diario de banco.</p>	Realizar el registro diario de bancos.	Se estableció el procedimiento de diario de bancos, el cual está incluido en el POES del proceso de tesorería.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 9 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
La anulación de cheques es autorizada por un funcionario de nivel adecuado, así como se lleva un control de los mismos. Se genera un reporte de los pagos rechazados? Se realizó el procedimiento de quien autoriza la anulación de los cheques?	Se encuentra en desarrollo el procedimiento para la anulación de cheques.	Recomendación: citar a comité de sostenibilidad contable para presentar el proyecto de procedimiento para la anulación de cheques, sugerencias, acta de aprobación y posterior codificación de calidad.	Se estableció el procedimiento de anulación de cheques, el cual está incluido en el POES del proceso de tesorería.

**PROCEDIMIENTO GESTION DE ALMACEN**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 29 DE ABRIL DE 2019**  
**Líder del Proceso: Luz Fátima Campo Posso**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Evidencie el acta de autorización de la Gerencia para el ingreso al kardex de los sobrantes y la justificación de faltantes si hubo en el último inventario. Se Actualizó kardex una vez autorizado por la gerencia el ingreso de los sobrantes?	Hasta la fecha no se ha realizado inventario físico se tiene la programación pero se han presentado inconvenientes y no ha sido posible realizarlos se presentan las observaciones. Se realizó el inventario del equipo biomédico.	Reprogramar las fechas para la realización del inventario de almacén.	A la fecha se han realizado dos inventarios, y se estableció fecha límite para el cumplimiento del 100% del plan de mejora.  El inventario de activos fijos se encuentra en proceso.
Realizo el plan anual de adquisiciones de bienes y servicios tiene un registro en el SECOP. El Plan Anual de Adquisiciones incluyo todas las contrataciones que planea ejecutar la Entidad Estatal en el transcurso del año de bienes, servicios y obras públicas con cargo en los presupuestos de funcionamiento e inversión, sin importar la modalidad de selección del proceso?	Se tiene registro en el SECOP está a cargo de la oficina de contratación.	Se solicita el reporte de ingreso al SECOP, descargar de la página.	El reporte del PAA se realizó al SECOP, tener en cuenta que el PAA se deben realizar dos publicaciones anuales.
Se realizó el acto administrativo de adopción por la gerencia del Manual de Inventarios para ser subido a la carpeta de calidad?	No encontré ninguna comunicación en el archivo.	Se debe realizar la actualización del manual y su adopción.	El manual se encuentra en proceso de actualización para su correspondiente adopción.
Las políticas y procedimientos del Almacén están autorizados y/o actualizados.	No se han actualizado	Realizar la correspondiente actualización de los procedimientos del almacén.	Se encuentra en proceso de revisión para su actualización del FEP y el POES.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página <b>10</b> de <b>30</b>

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se realizan inventarios cíclicos o periódicos, para la confirmación de los saldos contables con el inventario físico, incluyendo el inventario que es custodiado por terceros.	El inventario de activos fijos está en proceso de actualización se cuenta con personal que esta plaquetiando y haciendo el conteo nuevamente con el fin de actualizar el sistema el inventario por custodio está en un sistema llamado SOLIN y esta no está actualizado.	Continuar con el proceso de inventario de activos fijos	El encargado de almacén realiza inventario cíclico una vez por mes
En las reuniones periódicas de su proceso han tratado el tema del Código de Ética y de integralidad? Evidencie actas.	no he realizado ninguna reunión con el personal a cargo	Realizar la socialización del código de ética e integralidad de la institución.	Se realizó socialización del código de integridad con los funcionarios del almacén evidencia acta de reunión.
Reportó las necesidades de capacitación a Talento Humano para la elaboración del PIC?	Aun no las he reportado.	Realizar el reporte a talento humano	No se realizó el reporte a TH de las necesidades de capacitación. Igualmente se participó de las actividades programadas por el hospital y de las invitaciones de entes externos.
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Se encuentran desactualizados los procesos y procedimientos y manuales No se contaba con un encargado de almacén El cargo fue asignado en diciembre de 2018.		A partir de diciembre de 2018 se asignó el funcionario para el almacén, el cual es el directo responsable de la actualización de los procesos y procedimientos del área.

**PROCEDIMIENTO GESTION DE ODONTOLOGIA**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 12 DE AGOSTO DE 2019**  
**Líder del Proceso: Dinacelly Alba León**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
En los puestos de salud en los que se presta atención odontológica se verifico el cumplimiento Resolución de 2003. Se realizó auto evaluación : Higuercito, El Rey, Llanitos, El Palmar, Tierra Blanca	Se realizó evaluación a los puestos de salud con corte al mes de junio, se entrega el reporte realizado por la profesional del área. Infraestructura: los puestos de salud de el Rey y Llanitos no cuentan con negatoscopio. Los puestos de salud de el Rey y Llanitos, el Palmar no tiene imagen logia.	Realizar la entrega del informe de evaluación de los puestos de salud a la subgerencia Administrativa.	La líder del proceso de odontología realizo informe a la gerencia y subgerencia en el cual reporte la evaluación de los puestos de salud, el estado de las unidades de atención y las demás necesidades requeridas para el funcionamiento óptimo del área de odontología.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 11 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Los consultorios de Odontología cuentan con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa y que se encuentren en óptimas condiciones.(Relacionar los equipos)	Si cuenta con las unidades de atención básica, se encuentran obsoletas y con deterioro por uso. En HDSA cuentan con 5 unidades, Rey, Llanitos y Palmar. Sin servicio Tierra blanca, por falta de servicios públicos, Higuerochos por daños en el desagüe. Equipo de RX periapical en buenas condiciones.	Gestionar ante la gerencia y subgerencia administrativa un proyecto de adquisición de nuevas unidades	
TOTAL FACTURADO en el primer semestre del 2019	Dentro del proceso de facturación se encuentran procedimientos y medicamentos que no corresponden al servicio de odontología. El valor facturado no es real. Al igual en los costos se registran insumos que no son del servicio.	Solicitar al área de facturación la revisión del proceso para evitar errores en esta	Se realizó la solicitud al área de facturación para la revisión, la cual fue adelantada por el ingeniero que realiza el soporte del programa SIHOS, y se determinó que era por error de digitación.
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Facturación de procedimientos y medicamentos que no corresponden al servicio lo valor de facturación no real. Asignación de citas, por desconocimiento de facturadores de los procedimientos que le corresponde a cada profesional. No se cuentan con personal de facturación en los puestos de salud, la profesional de odontología es quien facturan, generando riesgo. El vehículo para el traslado para prestar el servicio extramural se encuentra en muy mal estado generando riesgo de accidente. Falta enlucimiento al área de odontología.	Presentar a la gerencia y subgerencia administrativa el informe de necesidades de área de odontología	La líder del proceso de odontología realizó informe a la gerencia y subgerencia en el cual reportó la evaluación de los puestos de salud, el estado de las unidades de atención y las demás necesidades requeridas para el funcionamiento óptimo del área de odontología.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 12 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE MANTENIMIENTO**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 13 DE SEPTIEMBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Wilmar Benítez Sánchez**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Cuenta con elementos de protección personal (EPP), se verifica con contratistas y subcontratistas.	El personal de mantenimiento del HDSA carece de equipos de protección, falta dotación. El contratista de aires acondicionados no cuenta con los equipo de protección suficientes. Solicitar al contratista de los AA el curso de alturas y equipos de protección, casco, arnés, eslingas.	Enviar informe a la subgerencia para la programación de los elementos de protección personal.	La subgerencia realizo la entrega de los elementos de protección al personal de mantenimiento.
Reportó las necesidades de capacitación a Talento Humano para la elaboración del PIC?	No se relazo el reporte oportuno de las necesidades de capacitación	Realizar el reporte de las necesidades de capacitación a la oficina de Talento Humano.	No se realizó el reporte a TH de las necesidades de capacitación. Igualmente se participó de las actividades programadas por el hospital y de las invitaciones de entes externos.
Conoce su manual de funciones, y los funcionarios de planta de su proceso conocen el manual de funciones se lo han socializado?	No se dio repuesta	Realizar socialización del manual de funciones con el personal de mantenimiento.	La Dependencia de TH envía a través del correo institucional a las diferentes áreas el manual de funciones para su socialización
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	No	Realizar la actualización y seguimiento a los riesgos de su proceso	El líder del proceso de mantenimiento se compromete a disponer del tiempo necesario para atender la asesoría y subsanar las falencia del proceso administrativo
Realizó en el PIN la autoevaluación del control y de gestión trimestralmente?	No	Realizar la actualización del PIN	El líder del proceso de mantenimiento se compromete a disponer del tiempo necesario para atender la asesoría y subsanar las falencia del proceso administrativo
Ha realizado las transferencias documentales de acuerdo al cronograma establecido por el proceso de gestión documental? Evidencie	No	Solicitar a gestión documental la programación de la transferencia documental	El líder del proceso de mantenimiento se compromete a disponer del tiempo necesario para atender la asesoría y subsanar las falencia del proceso administrativo

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 13 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Poca capacidad en el manejo de sistemas (equipos de cómputo) Requiere apoyo para el manejo administrativo. Pasante. Se requiere renovar el curso de alturas.	Gestionar ante la subgerencia el cumplimiento de estas necesidades.	El líder del proceso de mantenimiento se compromete a disponer del tiempo necesario para atender la asesoría y subsanar las falencias del proceso administrativo

**PROCEDIMIENTO GESTION DE URGENCIAS**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 15 DE OCTUBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Dubisa Álvarez Culman**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se cumple con el requisito de RCP Soporte Vital, básico Avanzado de todo los profesionales y enfermeras de urgencias?	Faltan algunas enfermeras jefes por el curso de soporte vital avanzado ya que este debe actualizar cada dos años.	Gestionar con el SENA el curso para las auxiliares enfermeras. Y con las jefes el curso de soporte vital avanzado. Solicitar a líder de Talento Humano relación del personal que no cuenta con el certificado.	Se realizó solicitud al Sena para la programación del curso de RCP Soporte Vital. Se solicitó a TH la relación de auxiliares que faltan por certificación.
Su área de trabajo además de las condiciones definidas para urgencias, deben contar con lavamanos y los pisos, cielo rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.	No se cuenta con timbres de llamado en baño de discapacitados.	Solicitar timbres para baños de discapacitados	Se realizó solicitud a la subgerencia para la instalación de un timbre en el baño de discapacitados de área de urgencias.
El personal que labora en el servicio cuenta con Certificación en atención integral a víctimas de violencia sexual.	Se cuenta con la Ruta a las víctimas de maltrato infantil y violencia de género.	Gestionar con el personal que labora en el servicio certificarse en atención integral a víctimas de violencia sexual ya que solo dos cuentan con la certificación.	Se realiza gestión para la adquisición del curso de certificación en violencia que sea flexible a las necesidades del servicio
Se tienen las Guías sobre manejo de procedimientos menores en el servicio.	ya se realizó esta guía falta la revisión y adopción de la misma, se requiere que el coordinador médico de la institución la revise y apruebe	Gestionar ante la Subdirección Científica y la Coordinación –medica la revisión y aprobación de las guías.	Se encuentran en proceso de revisión por parte de subdirección científica y la coordinación médica.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 14 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se realiza el registro de las novedades de los turnos en el sistema?	El libro de actas de recibo y entrega de turno se hizo en un tiempo en el sistema pero debido a que no quedaban registros se volvió a hacer de forma manual, este libro se lleva de forma muy irregular a pesar de todos los esfuerzos para que se realice ya que es un libro de gestión documental. Se evidencia que el libro cuenta con días sin diligenciar. Y no se relacionan las novedades importantes de los turnos.	Realizar plan de mejoramiento para la realización del libro de actas de recibo y entrega de turnos	Se suscribió plan de mejoramiento con el personal de urgencias para la realización del libro de actas de recibo y entrega de turnos. Se realizó reinducción en el correcto diligenciamiento del libro de actas.
Se cumple con el plan de mantenimiento preventivo y correctivo	Mantenimiento preventivo institucional no hay, hay contratado con una empresa externa para los equipos y si se cumple el cronograma y el mantenimiento siempre es correctivo., las calibraciones tienen vigencia hasta el 22 de nov de 2019	Requerir al área de mantenimiento el listado de los equipos del servicio de urgencias, y las fichas de mantenimiento. A demás de solicitar mantenimiento preventivo	Se realizó comunicación interna al área de mantenimiento solicitando el listado de los equipos del servicio de urgencias y se requirió la correspondiente ficha.
El servicio de urgencias cuenta con el KIT de atención a víctimas de violencia sexual de adulto y de niños. Se cuenta con el KIT de evidencia forense se cuenta con la caja de herramientas para su protección, se cuenta con KIT de derrames?	Se cuenta con kit de evidencia forense y kit de atención a víctimas de violencia sexual.se requiere gestionar la adquisición del kit de derrames puesto que no se cuenta con el.	Gestionar ante la subgerencia la adquisición del kit de derrames	Se realizó comunicación interna a la subgerencia manifestando la necesidad prioritaria de la adquisición de un kit de derrames
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	Se debe actualizar los riesgos inherentes al proceso y realizar su correcto seguimiento	Realizar la actualización de los riesgos del proceso y su correspondiente seguimiento.	Se encuentra en proceso de seguimiento
debilidades	hacen falta equipos de tipo monitores, pinzas, tensiómetros, y los que tenemos están dañados la falta de dinero para la consecución de equipos o insumos Se hacen los pedidos que corresponden a planes de mejora y reciben poco por lo que los hallazgos siguen abiertos.	Realizar informe de necesidades a la gerencia y subgerencia del HDSA	Se realizó comunicación interna a la subgerencia manifestando las necesidades prioritarias requeridas en el servicio de urgencias.



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 15 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE INTERNACION**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 15 DE OCTUBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Lorena Nieto Betancourt**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Se cuenta con un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda médica diaria de evolución de pacientes?	Se realiza ronda de seguridad en cada una de las entregas de turno se deja evidencia en el sistema SIHOS pero no se ha diligenciado el formato de ronda de seguridad, por lo tanto se envía lista de chequeo de ronda de seguridad para que se efectúe de forma periódica de acuerdo a las especificaciones del manual	Realizar la lista de chequeo de ronda de seguridad de forma periódica de acuerdo a lo estipula en el manual.	Se realizó la adecuación de la lista de chequeo de rondas de seguridad de acuerdo a lo estipulado en el manual.
Elaboró la lista de chequeo con el fin de controlar las técnicas de desinfección en el servicio?	No se cuenta con lista de chequeo	Realizar la construcción y adopción de la lista para controlar las técnicas de desinfección del servicio en compañía de la líder de servicios generales	En conjunto con la líder de Servicios generales se realizó la lista de control de técnicas de desinfección
A los equipos utilizados en los 2 servicios les tiene sus correspondientes hojas de vida? Y su respectivo mantenimiento? Soporte de que se han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas y los Reportes de Calibración.	Los mantenimientos se están realizando de manera correctiva sin cubrir con la totalidad de mantenimientos preventivos cómo se maneja en el cronograma. La oficina de control interno y revisoría fiscal solicita relación de equipos del servicio y estado en el que se encuentran debido a que el jefe del proceso presenta una inconformidad con los mantenimientos realizados y cobrados por la empresa MEGASI. Por qué lo facturado no coincide con los equipos existentes en el servicio.	Realizar informe donde se detalle el estado actual de los equipos del servicio.	Se realizó comunicación interna a la subgerencia en la cual se manifiestan las condiciones actuales de los equipos de área.
El servicio cuenta con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de Internación?	El servicio cuenta con los equipos básicos, el programa de seguridad del paciente estableció en su plan de mejoramiento la necesidad de los timbres de llamado además de que en la inspección física algunas camillas no cuentan con barandas	Realizar la gestión para la adquisición e instalación de los timbres de llamado de las habitaciones. Realizar la gestión para la instalación de la barandas faltantes en camillas	Se realizó comunicación interna a la subgerencia en la cual se manifiestan las necesidad de la instalación de los timbres de llamado y barandas faltantes ya que son un hallazgo recurrente en la auditorias de habilitación
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	Se requiere capacitación en el diligenciamiento de la matriz de riesgo	Solicitar a la oficina de control interno la capacitación en mapa de riesgos.	Se solicitó a la asesoría de calidad la capacitación en el diligenciamiento de la matriz de riesgos
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Las dificultades que se han tenido para la implementación de las acciones de mejora es la falta de disponibilidad de tiempo por falta del jefe Líder del proceso para realizar actividades administrativas. Debido a los turnos que se están manejando no se cuentan con horas administrativas.	Gestionar con la Subdirección científica la coordinación de turnos y establecer el tiempo para la parte administrativa.	Se realizó comunicación interna a la subdirección solicitando la adecuación de los turnos para establecer el tiempo para el desarrollo de la gestión administrativa que le corresponde al área.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 16 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE CIRUGIA Y GINECO – OBSTETRICIA**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 20 DE OCTUBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Myriam Benítez Castellanos**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Su área de trabajo además de las condiciones definidas para cx, deben contar con lavamanos y los pisos, cielo rasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.	Son de fácil limpieza pero no están en óptimas condiciones, falta arreglo de las puertas y lavamanos	Realizar informe de necesidades estado actual de las condiciones del área de cirugía. Gestionar ante la subgerencia soportado con el informe	Actualmente el área de cirugía se encuentra en remodelación
Cuenta con el manual de uso y re-uso de dispositivos médicos incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil clasificación de acuerdo al riesgo?	No se cuenta con manual de uso y re-uso, los dispositivos se envían a Tuluá a esterilización y se entregan listos	Elaborar y socializar el manual de uso y re-uso	Se realizó el manual de uso y reúso, el cual se encuentra en proceso de socialización.
Se tienen las Guías sobre manejo de las 10 Primeras causas de morbilidad de su servicio?	El servicio no cuenta con la guías de manejo de las 10 primeras causas de morbilidad	Elaborar y socializar la guía de manejo de las 10 primeras causas de morbilidad	Se elabora la guía de manejo de las 10 primeras causas de morbilidad de área, se encuentra en proceso de socialización.
En los Servicios se lleva un control de eventos adversos? Cuantos hay reportados y sin hay cuáles son sus causas?	Los eventos adversos son tramitados en el comité correspondiente	Realizar el seguimiento y control a los eventos adversos, realizar su sistematización en el PIN	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
Los quirófanos y la sala de partos cuentan con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de CX y Ginecobstetricia? (Relacionar los equipos)	Se cuentan con la mayoría, hacen falta algunos equipos	Realizar informe del estado actual de los equipos y las necesidades presente en cirugía.	Se realizó comunicación interna a la subgerencia en la cual se manifiestan las condiciones actuales de los equipos de cirugía.
Proporción de cancelación de cirugía programada en primer semestre 2019.	No se ha realizado la sistematización de la información	Realizar el seguimiento de la producción del proceso a través del PIN - POA	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
oportunidad en la atención de cirugía programada en el primer semestre del 2019	No se ha realizado la sistematización de la información	Realizar el seguimiento de la producción del proceso a través del PIN - POA	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
cirugías suspendidas en el primer semestre del 2019	No se ha realizado la sistematización de la información	Realizar el seguimiento de la producción del proceso a través del PIN - POA	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
total de cirugías realizadas en el primer semestre del 2019	No se ha realizado la sistematización de la información	Realizar el seguimiento de la producción del proceso a través del PIN - POA	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>	Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>	Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>	TDR: 110-29-08 Página 17 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Conoce su manual de funciones, y los funcionarios de planta de su proceso conocen el manual de funciones se lo han socializado?	Se realizó en el 2018	Realizar en las reuniones del equipo de trabajo la socialización del manual de funciones	Se programó reunión para la reinducción del manual de funciones actualizado
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	No se han realizado aun	Realizar la actualización y seguimiento al mapa de riesgos del proceso	Se solicitó a la asesoría de calidad la capacitación en el diligenciamiento de la matriz de riesgos
Ha realizado las transferencias documentales de acuerdo al cronograma establecido por el proceso de gestión documental? Evidencie	No	Realizar la gestión para la transferencia documental.	Se solicitó a la oficina de GD el acompañamiento para la transferencia documental.

**PROCEDIMIENTO GESTION DE PROMOCION Y PREVENCION**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 20 DE OCTUBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Diana Marcela Benítez Reyes**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Realizo la autoevaluación que indica la norma 2003 para observar el cumplimiento de los estándares de habilitación	No se aporta evidencia	Realizar la autoevaluación según las disposiciones de la Resolución 2003 de 2014	Se realizó la actualización y reporte de las autoevaluaciones de la Res. 2003/14
Cuanta personan laboran en su servicio? Cuantas están registradas en el RETHUS	Auxiliares cuentan con RETHUS 3 de Planta: 2 SIN RETHUS (ISABEL ARANSAZU, CC. 66.701.537) ANGELLY PARRA CC. 29.775.070) 7 Contrato Las promotoras requieren RETHUS?	Solicitar a Servicolombia el listado de las auxiliares con numero de documento y nombres completos para la verificación en RETHUS	Se verifica en el RETHUS el registro del personal de PyP.
Verifica el cumplimiento de normas técnicas en manejo de biológicos (Ej. Registro de control de cadena de frío)	No se aporta evidencia	Evidenciar el registro del cumplimiento de las normas técnicas en el manejo de los biológicos	Se actualizo el registro de control de la cadena de frio para la conservación de los biológicos.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 18 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Ha previsto las necesidades de recurso humano, equipos, insumos requeridos para el cumplimiento de las metas de producción?	Se cuentan con el personal requerido, se requiere pesas, tallemetros, tensiómetros.	Solicitar a la subgerencia la adquisición de tallímetros y pesas	Se realizó comunicación interna a la subgerencia en la cual se manifiestan las necesidades que se requieren en el área para su funcionamiento
Cuál es la proporción de pacientes gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación cuantas llegaron de afuera de Roldanillo y en qué edad?	No se aporta evidencia	Aportar evidencia del reporte de captación de gestantes antes de la semana 12 edades y procedencia.	Se realizó la entrega de los reportes de capacitación realizados a las gestantes con menos de 12 semanas
incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE	1 PROVENIENTE DE BOLIVAR, ATENDIDA POR URGENCIAS. No se evidencia la información en el PIN	Realizar el reporte del caso y su seguimiento ya que no se encuentra registrado en el PIN	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
proporción de recién nacidos cuyo peso al momento de nacer en la ESE es inferior a 2500 gr.	5 RN. No se evidencia la información en el PIN	Realizar el reporte de los RN con bajo peso al nacer en el PIN carpeta de calidad	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
<b>ACTIVIDAD DEL MEDICO</b> cumplimiento de metas detección alteraciones del adulto	Programados 1789 Realizados 265 Cumplimiento: 14,81%	Realizar estrategia para el cumplimiento de metas de detección de alteraciones del adulto	Se realizó acuerdo con los médicos y promotoras para la implementación de una estrategia para el cumplimiento de las metas
cumplimiento de metas prenatal	Programados 1152 Realizados 109 Cumplimiento: 9,46%	Realizar estrategia para el cumplimiento de metas prenatal	Se realizó acuerdo con los médicos y promotoras para la implementación de una estrategia para el cumplimiento de las metas
cumplimiento de metas toma de citología cervico uterina	Programados 3876 Realizados 1226 Cumplimiento: 31,63%	Realizar estrategia para el cumplimiento de metas de toma de citologías	Se realizó acuerdo con los médicos y promotoras para la implementación de una estrategia para el cumplimiento de las metas
cumplimiento de metas inserción de DIU	Programados 25 Realizados 0 Cumplimiento: 0.0%	Realizar estrategia para el cumplimiento de metas de inserción de DIU	Se realizó acuerdo con los médicos y promotoras para la implementación de una estrategia para el cumplimiento de las metas

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 19 de 30

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
<b>ACTIVIDAD DE PROMOTORAS</b> cumplimiento de metas de sintomáticos respiratorios	Programados: 170 Realizados: 43 Cumplimiento: 25,29%	Realizar estrategia para el cumplimiento de metas de captación de Sintomáticos respiratorios	Se realizó acuerdo con los médicos y promotoras para la implementación de una estrategia para el cumplimiento de las metas
Realizó en el PIN la autoevaluación del control y de gestión trimestralmente?	<b>Falta realizar autoevaluación</b>	Realizar la autoevaluación de los tres trimestre transcurridos en el 2019	Se realizó al actualización de la autoevaluación del proceso
Realizo en el PIN los Planes de mejoramiento de las auditorías realizadas por control interno u otras de entes externos?	<b>No se ha realizado</b>	Realizar el plan de mejoramiento de la auditoría realizada	Se encuentra en la carpeta de calidad la implementación del plan de mejoramiento de la actual auditoria

**PROCEDIMIENTO GESTION DE APOYO IMAGENOLOGIA**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 21 DE OCTUBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Julián Humberto Vélez Varela**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado?	No hay protocolo de lavado de manos.	Realizar la implementación del protocolo de lavados de manos y socializarlo	Actualmente el área de RX se encuentra en proceso de remodelación, el cual incluye la implementación del protocolo de lavado de manos.
Cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.	Faltan algunos tarros para la disposición	Realizar la gestión con el grupo de gestión ambiental la consecución de los tarros faltantes para la disposición de los residuos.	Se realizó solicitud al COPASO para la adquisición de los recipientes faltantes.
El servicio cuenta con Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos	Algunos están, otros faltan, implementar en SIHOS.	Implementar las instrucciones del procedimiento diagnósticos faltantes.	Se encuentra en proceso de implementación la lista de instrucciones de procedimientos y diagnósticos faltantes.
Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo los riesgos de su proceso?	No	Se debe realizar el seguimiento de los riesgos de su proceso, al igual que actualizar los procesos y procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente.	Se realizó la actualización de los procesos y procedimientos al igual se está realizando el seguimiento de los riesgos.

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>	Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>	Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>	TDR: 110-29-08 Página <b>20</b> de <b>30</b>

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Realizó en el PIN la autoevaluación del control y de gestión trimestralmente?	No	Realizar la actualización del PIN y su correspondiente autoevaluación.	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
Realizo en el PIN los Planes de mejoramiento de las auditorías realizadas por control interno u otras de entes externos?	No	Realizar el plan de mejoramiento de la actual auditoria interna y realizar las acciones pertinentes.	Se realizó el plan de mejora de la actual auditoria
Ha realizado las transferencias documentales de acuerdo al cronograma establecido por el proceso de gestión documental? Evidencie	No	Realizar la gestión para la transferencia documental	Se solicitó a la oficina de GD la asesoría para la transferencia documental.

**PROCEDIMIENTO SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 20 DE NOVIEMBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Lorena Andrea Ríos Martínez**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Que dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento?(Debilidades)	Asignación del rubro Presupuestal. Asignación de responsabilidades.  Poco Compromisos de los algunos integrantes del COPAST  Dotación elementos de protección personal al personal de mantenimiento y manejo de desechos.	Realizar gestión ante la gerencia para la asignación del rubro presupuestal para le SG-SST.  Realizar oficio con copia a Talento Humano, a los miembros del COPAST sobre los compromisos adquiridos al ser nombrados como miembros del comité.  Realizar gestión ante la Subgerencia Administrativa entregando un informe sobre las necesidades de dotación que requiere el personal además de aquella que se requieren para el mejoramiento del ambiente laboral	Se realizó comunicación interna a la subgerencia en la cual se manifiestan las necesidades que se requieren en el área para su funcionamiento



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 21 de 30

**PROCEDIMIENTO GESTION DE TALENTO HUMANO**  
**FECHA DE LA AUDITORIA 20 DE NOVIEMBRE DE 2019**  
**Líder del Proceso: Oscar Orley Romero Arias**

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
¿Lleva un registro sobre el % de funcionarios satisfechos de las capacitaciones realizadas?	NO SE CUENTA CON EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN.	Realizar encuesta de satisfacción de las capacitaciones la cual se aplicara después de realizada cada una de ellas.	Se implementó la herramienta para la medición de la satisfacción de las capacitaciones realizadas.
<i>Verificar si el Proceso aplica la Administración de Riesgos identificados al Proceso, si tiene un mapa de riesgos que integre los riesgos administrativos y posibles de corrupción?</i>	ORGANIZAR CUADRO CON PESTAÑAS DE INFORMACIÓN Y DILIGENCIAR	Realizar la evaluación del mapa de riesgos y su seguimiento	Se realizó la evaluación de los riesgos, se encuentra en proceso de seguimiento
¿Realiza el seguimiento, el análisis y la medición de estos procesos? AUTOEVALUACION	No se cuenta con instrumento de Autoevaluación. Se debe elaborar Instrumento.	Realizar la autoevaluación al proceso de talento humano	Se encuentra en proceso de elaboración la autoevaluación del proceso
¿El Comité de Bienestar Social realiza encuestas de las necesidades de los trabajadores de la entidad con el fin de programar las actividades?	No se ha realizado encuesta, se tiene en cuenta el Estado de Opinión de los Trabajadores.	Realizar la encuesta de necesidades de los trabajadores con el fin de programar las actividades para el 2020	Se implementó la herramienta para el diagnóstico de necesidades de los trabajadores para la programación de bienestar social en el 2020
¿Realizó encuesta de satisfacción a los funcionarios a cerca del "Programa de Bienestar en cuanto a las actividades programadas?	Se han realizado en actividades ejecutadas	Realizar la encuesta de satisfacción de las actividades del programa de bienestar	Se implementó la herramienta para la medición de la satisfacción de las actividades de bienestar realizadas.
Caracterización de funcionarios (tipo de vinculación, nivel, código, grado, antigüedad, nivel académico, genero, perfil empleado, cargos vacancia definitivo o temporal, personas en situación de discapacidad, pre-pensionados, cabeza de familia, grupo étnico, fuero sindical.	Se cuenta con información, pero aún está incompleta. Para ello se realizará una encuesta de Caracterización.	Realizar la caracterización de los funcionarios públicos de la entidad	Se implementó la encuesta para la caracterización de los funcionarios

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>	Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>	Versión: 01  TDR: 110-29-08
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>	Página <b>22</b> de <b>30</b>

Aspecto Auditado	Respuesta	Recomendación	Avance plan de mejora
Análisis de la caracterización de talento humano	Se tiene programada la realización de la Encuesta.	Realizar el análisis de la caracterización de los funcionarios	Se encuentra en proceso de implementación la encuesta de la cual se obtendrá la información para el análisis de la caracterización de los funcionarios.
Plan anual de vacantes	Se tiene definido el número de vacantes.	Realizar el plan de vacantes	Se encuentra en proceso de elaboración
Plan de previsión de recurso humano que prevea y programe los recursos necesarios para proveer vacantes para concurso	Este Plan de Previsión es coordinado por la Alta Gerencia.	Realizar el plan de previsión de vacantes de la entidad	Se encuentra en proceso de elaboración el plan de previsión para proveer cargos vacantes
Plan de Inducción y reintucción	Se realiza en cada ingreso y se ha realizado reintucciones	Se debe realizar el plan de inducción y reintucción de la entidad	Se encuentra en proceso de elaboración el plan
¿En las reuniones periódicas de su proceso han tratado el tema del Código de Ética y de integralidad? Evidencie actas.	Se ha tratado, pero no se cuenta con Actas de evidencia.	Realizar las evidencias de las reuniones y evidenciar en las actas la resocialización del código de integridad	Se estableció el cronograma para la realización de las reuniones de socialización del código de integridad
¿Ha actualizado y realizado seguimiento con su equipo de trabajo, el riesgo de su proceso?	Está en Proceso de actualización de la Herramienta y el diligenciamiento del mismo.	Realizar la evaluación del mapa de riesgos y su seguimiento	Se realizó la evaluación de los riesgos se encuentra en proceso de seguimiento
Realizó actualización del FEP (Formato Estandarizado de Proceso), POES.	Se encuentra aún en actualización.	Culminar la actualización del FEP y POES de Talento humano	Se realizó la actualización de PIN (Plan de Indicadores)
Qué dificultades ha tenido para la implementación de las acciones de mejora en este proceso, o que están en ejecución para su mejoramiento? (Debilidades)	En el SIGEP. Definir criterios en el reconocimiento de Cuotas Partes. Recolección de la información necesaria para la Reconstrucción de las Historias Laborales de Personal Retirado. Dificultades en la elaboración de la nómina por el software de SIHOS		Se elabora informe de las necesidades del proceso de TH y se presenta a la gerencia.

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 23 de 30

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL**  
**SEGUIMIENTO PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO O PROGRAMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE LAS**  
**EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E.S.E. CATEGORIZADAS EN RIESGO MEDIO Y ALTO**

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO. DE ROLDANILLO E.S.E. 2017-2018**  
**CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA Diciembre de 2018**

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Avance de la Acción de Mejora	Fecha Inicio	Fecha Fin
Hallazgo 1. Administrativo	El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo E.S.E en el periodo 2014-2017 no cumplió con las medidas tendientes al logro del ahorro necesario para el pago de los pasivos reconocidos en el PSFF y el equilibrio financiero, generando la intervención de la Superintendencia de salud. Un programa de saneamiento Fiscal y Financiero PSFF y/o Plan de gestión integral de riesgo PGIR; se entiende como un proyecto especial integral que incluye los aspectos jurídicos, institucionales, financieros y administrativos con el objeto de restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación del servicio público de salud (artículo 82 de la ley 1438 de 2011). la situación presentada es ocasionada por debilidades en los mecanismos de seguimiento y control y por factores externos no gobernables competencia de los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud (Superintendencia, entre otros), generando crisis financiera que puede afectar la prestación del servicio con oportunidad y calidad.	El Hospital dio cumplimiento a muchas medidas establecidas en el PSFF, en el caso de los pasivos estos se vieron afectados por el registro en el cierre del año 2016 y año 2017 de obligaciones de periodos anteriores que no estaban reconocidas en el balance contable y las cuales se registraron para mostrar la realidad financiera de la entidad lo que mostro al cierre del año 2017 un incremento en los pasivos. Se continuara con el sostenimiento de la facturación y el mejoramiento del recaudo de la entidad que permita dar cumplimiento al pago de los pasivos que se tienen, al igual se continuara con la austeridad del gasto buscando el equilibrio financiero.	1. creación de la Oficina de Gestión de Cobro que permita dentro de su proceso aplicar las medidas de Ley, estableciendo medidas coercitivas y coactivas en busca de la recuperación de cartera. 2. continuar con el mejoramiento de la producción y facturación que tiene la entidad. 3. dar cumplimiento al Plan de Austeridad del gasto. 4. realizar cancelación de los pasivos que se encuentran en el PSFF	1. El Hospital Departamental San Antonio desde el mes de junio creo la dependencia de gestión de cobro y asignó un funcionario para realizar las actividades correspondientes. 2. se ha continuado con el mejoramiento de la producción facturación la cual se incrementado debido a la apertura de nuevos servicios. 3. se continúa aplicando la política de austeridad. 4. Se ha realizado el pago del 98% de los pasivos que se encuentran en el PSFF.	01/01/19	31/12/19

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 24 de 30

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD ESPECIAL  
PROCESO DE VENTA Y COBRO DE SERVICIOS DE SALUD (FACTURACIÓN - CARTERA -GLOSAS - IPS PÚBLICAS)**

**HOSPITAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO E.S.E. 2013-2014-2015-2016-2017  
CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA Noviembre de 2018**

No.	Origen	Descripción Hallazgo	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Descripción de la Actividad	Fecha Inicio	Fecha Fin
1	HALLAZGO	<p>A partir de la vigencia 2017 con la aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y la Resolución 414 de 2014 Normas Internacionales de contabilidad del Sector Público (NICSP), cada entidad establece sus propias políticas contables, entre ellas prescribir el tratamiento de la cartera de difícil cobro, no obstante, en el periodo evaluado, la cartera evidencia crecimiento; a 31 de diciembre de 2017 revela que un 77.20% corresponde a cartera superior a 90 días \$5.667 millones, la cartera superior a 360 días de \$1.829 millones representa el 24.92%, así mismo evidencia facturación pendiente por radicar en la vigencia 2013-2017, para la vigencia 2013 revela \$264.8 millones, 2014 \$218.5 millones, 2015,100 millones, 2016 \$36 millones y 2017 \$1.007 millones; glosa objeciones-inicial para el periodo evaluado por \$229 millones y registró deterioro para el 2017 por \$510 millones, al considerar según el análisis del comportamiento de la cartera y su nivel de morosidad que suponen un cierto nivel de riesgo de impago y por lo tanto se reconocen en la contabilidad.. (Ver tabla).</p> <p><b>Causa:</b> El Hospital desde el año 2016 ha crecido en producción y facturación lo que hace que su cartera se incremente, pero la recuperación de cartera es algo lenta, dentro de las políticas establecidas bajo NIIF se tiene el deterioro de la cartera mayor a 360 días ya que este ha sido el histórico de recuperación, para la Entidad ayudarse a la recuperación de la cartera establece la creación de la oficina de Cobro que permita ajustados a la Ley la recuperación de un gran % de cartera que se encuentra a 360 días. Con relación a la cartera pendiente de radicar esta se incrementó en el año 2017 con relación a los otros años ya que la facturación mensual de este año era de 1.400 millones lo que hace que quede pendiente de radicar el último mes, el cual fue radicado en enero del año 2018, por lo anterior se seguirá realizando seguimiento a la facturación pendiente de radicar para dar cumplimiento a su radicación.</p>	<p>1. creación de la Oficina de Gestión de Cobro que permita dentro de su proceso aplicar las medidas de Ley, estableciendo medidas coercitivas y coactivas en busca de la recuperación de cartera. 2. continuar con la radicación de las facturas de forma mensual</p>	<p>1. designar funcionario para el manejo de la oficina de Gestión de cobro. 2. actualizar manual de cartera con el procedimiento de la Oficina de Gestión de Cobro 3.realizar verificación de las entidades que tienen cartera mayor a 360 días 4.iniciar proceso de Gestión establecido en el manual de cartera.</p>	<p>1. a partir del mes de junio del presente, se asignó el funcionario de la oficina de gestión de cobro. 2. el funcionario encargado de la oficina realizo las funciones las cuales están descritas en el manual d cartera. Se dio inicio a proceso de gestión de cobro.</p> <p>Se ha realizado el cobro a tres EPS: La Nueva EPS, AMBUQ, SOS, se ha realizado el cobro de \$ 2.956.732.148,88. Se anexa cuadro en Excel. <a href="#">GESTION DE COBRO E S P COBRADAS.xlsx</a></p>	01/01/19	31/12/19

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página <b>25</b> de <b>30</b>

**AUDITORIA INSPECTIVA AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO ESE ROLDANILLO**  
**SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

**Fecha Visita: 30 de octubre al 03 de noviembre de 2017**

**Fecha suscripcion Plan de Mejoramiento: 23 de Julio de 2018**

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
ADMINISTRATIVO 4	La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, no presentó al grupo auditor el informe anual donde demuestre el cumplimiento que le está dando al plan de gestión del gerente para los periodos auditados, 2015, 2016 y primer semestre 2017, evidenciándose un presunto incumplimiento a lo normado en el Numeral 74.1, del Artículo 74, del Decreto 1438 de 2011.	<p>Dar cumplimiento al establecido por el Artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>Se deja constancia que en las vigencias 2015 y 2016 en la gerencia del Hospital Departamental San Antonio, existía un gerente en interinidad por lo tanto se realizaba la rendición de la circular No 009 del 29 de abril de 2015, tal y como consta en los documentos que se anexan como soporte al presente plan de mejoramiento. Lo anterior en 14 folios.</p>	<p>El Gerente del Hospital Departamental San Antonio E.S.E presentará a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del Plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el primero (01) de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, conforme a la metodología definida por el Ministerio de la Protección Social.</p>	<p>Es importante indicar que el artículo 74 de la ley 1438 de 2011, estipuló la obligatoriedad de presentar los planes de gestión del Gerente ante la Junta Directiva de forma anual, conforme a los lineamientos y metodología del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de ser evaluados. Lo anterior como lo establece la misma norma, aplica solamente para los Gerente o Directores de Hospital que se encuentren en propiedad, por lo tanto, para las vigencias del primer semestre de 2017, no se cuenta con Plan de Gestión, teniendo en cuenta que el Gerente Dr. MAURICIO SALDARRIAGA VINASCO se encontraba en interinidad.</p> <p><b>Anexos:</b> Decreto No. 1338 del 30 de Agosto de 2017 - Acta No. 1342 del 06 de septiembre de 2017 nombramiento gerente, Plan de Gestión Gerencial con metas anuales del 2017 al 2020. Acuerdo No. 06 del 08 de abril de 2019 Evaluación Plan de Gestión del Gerente vigencia 2018. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES HALLAZGOS SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 4</a></p>	23/07/18	23/07/19

**Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo**

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 26 de 30

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
ADMINISTRATIVO 5	De los documentos aportados por la E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, se evidencia que aportan el PLAN DE DESARROLLO Y PLAN ACCION VIGENCIA 2017-2020, pero el que se encuentra para aprobación es el 2016-2019 y del cual no se realizó debate ni aprobación a la espera de pronunciamiento por parte de la Contraloría General de la República, motivo por el cual se evidencia un presunto incumplimiento ya que no se permite identificar cuál de los Planes presentados es válido, por lo tanto, tampoco se pudo identificar de manera plena si dicho plan fue de conocimiento público y como fue el proceso de ejecución y validación del mismo, por lo que se evidencia un presunto incumplimiento de lo establecido en el Artículo 11 de la Ley 1876 de 1994.	Presentar el acuerdo de plan de desarrollo Institucional correspondiente al periodo del gerente en Propiedad del Hospital Departamental san Antonio E.S.E.	El día 08 de Noviembre de 2017, el gerente en propiedad del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo Valle, presentó a la Junta Directiva para su discusión y aprobación, el PLAN DE DESARROLLO para la vigencia 2017 -2020, el cual fue aprobado mediante Acuerdo No. 016 - 2017, el cual se aporta como evidencia en el presente hallazgo en dos (02) folios.	El gerente en propiedad del Hospital Departamental San Antonio E.S.E. de Roldanillo Valle, presentó a la Junta Directiva para su discusión y aprobación, el PLAN DE DESARROLLO para la vigencia 2017 -2020, el cual fue aprobado mediante Acuerdo No. 016 de 08 de Noviembre de 2017, Lo anterior obedece como se manifestó en el hallazgo anterior, que el Dr. MAURICIO SALDARRIAGA VINASCO para la vigencia 2016, no se encontraba en propiedad, por lo tanto la Junta Directiva del Hospital en ejercicio de sus funciones contenidas en el decreto 780 de 2016, no podía aprobar un Plan de Desarrollo de un Gerente interino; si bien es cierto los periodos de los gerentes son institucionales, el cual debió empezar el 1° de abril de 2016 y terminar el 31 de marzo de 2020, en este caso, la propiedad sólo ocurrió en Agosto de 2017, fecha en la cual fue aprobado el Plan de Desarrollo para el periodo 2017 a 2020. <u>Anexos:</u> Acuerdo 016 de 08 de Noviembre de 2017 Aprobación Plan de Desarrollo. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 5</a>	23/07/18	23/07/18
ADMINISTRATIVO 6	La E.S.E. Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, no presentó al grupo auditor el manual de procesos donde se pudiera verificar la adopción de los manuales a través de los cuales formalizaron los procedimientos a partir de la identificación de los procesos institucionales, esto es, que cada macro proceso de apoyo, estratégico y misional no tiene su correspondiente diagrama de flujos, donde se puedan reflejar las acciones de los diferentes procesos y así poder evidencias que efectivamente está garantizando el cumplimiento esperado en la prestación de los servicios de salud, por lo que estaría ante un presunto incumplimiento del Artículo 2, del Decreto 1537 de 2001.	Realizar los manuales de procesos del Hospital Departamental San Antonio E.S.E	Elaborar y adoptar el manual de procesos donde se verifique la formalización de los procedimientos a partir de la identificación de los procesos institucionales, esto es, que cada macro proceso de apoyo, estratégico y misional, tenga su correspondiente diagrama de flujos donde se puedan reflejar las acciones de los diferentes procesos y así, poder evidencias que se está garantizando el cumplimiento esperado en la prestación de los servicios de salud.	El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo ESE, elaboro y adopto el Manual de Procesos y Procedimientos el cual cuenta con los macro proceso de apoyo, estratégico y misional, con su correspondiente diagrama de flujos donde se pueda reflejar las acciones de los diferentes procesos. El Hospital mediante resolución No. 00339 del 07 de noviembre de 2017, procedió a Actualizar el COMITÉ COORDINADOR DE MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS, el cual es el encargado de realizar los ajustes al manual de Procesos y Procedimientos, el cual fue ajustado el 30 de enero de 2018. <u>Anexos:</u> Manual de Procesos y Procedimientos, Resolución 238 del 05 de agosto de 2008 adopción manual procesos y procedimientos. Resolución 339 del 07 de noviembre de 2017 Actualización Comité Coordinador del Modelo de Operación por Procesos. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 6</a>	23/07/2018	23/07/2019

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)



	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página 27 de 30

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
ADMINISTRATIVO 7	La ESE Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo no allega soporte documental alguno sobre los reporte al SISMED, en los términos señalados la Resolución 3166 del 2015, incumpliendo presuntamente las directrices establecidas en el Artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.	Realizar los reportes al SISMED, conforme a los términos señalados en la Resolución 3166 de 2015 y dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 114 de la Ley 1438 de 2011	Desde el sistema de información que maneja la entidad se genera el reporte con corte trimestral de los medicamentos de compras y venta que se suministra en el Hospital, el cual es cargado al sistema SISPRO, plataforma PISIS, el cual es validado y firmado por el Gerente del Hospital.  Se deja constancia que para la vigencia 2016 y 2017 el Hospital ha rendido oportunamente la información como consta en los documentos que se aportan como prueba. Lo anterior se evidencia en 12 folios.	La entidad genera el reporte con corte trimestral de los medicamentos de compras y venta que se suministra en el Hospital, el cual es cargado al sistema SISPRO, plataforma PISIS, el cual es validado y firmado por el Gerente del Hospital. Se deja constancia que para la vigencia 2016 y 2017 el Hospital ha rendido oportunamente la información como consta en archivo adjunto la rendición de los informes. <u>Anexos:</u> Reporte compra y venta SISMED <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES HALLAZGOS SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 7</a>	23/07/2018	23/07/2019
FINANCIERO 14	La ESE Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo no evidencia la presentación del documento denominado Plan Bienal de Inversiones que debe ser elaborado y presentado por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, según se establece en la Resolución 2514 de 2012, por lo que se presume el incumplimiento a lo estipulado en el artículo 3 de la Resolución 2514 de 2012, que reglamenta los numerales 42,22 y 43, 2,7 del artículo 42 y el Artículo 65 de la ley 715 de 2001.	Inscribir los proyectos de inversión del Hospital Departamentalmente San Antonio de Roldanillo en el aplicativo "PLAN BIENAL DE INVERSIONES 2018 -2019" habilitado por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a las circular 360347 de la Secretaria de Salud Departamental del Valle.	se solicita a la Secretaria Departamental de Salud del valle, el usuario y contraseña para acceder al aplicativo "PLAN BIENAL DE INVERSIONES 2018 -2019" habilitado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el periodo 2018 y 2019, se inscriben 3 proyectos (obra nueva, ampliación y equipamiento fijo) los cuales son enviados a la Alcaldía municipal de Roldanillo, quienes son los encargados de recopilar los proyectos y enviarlos a la Secretaria Departamental de salud, quienes lo viabilizan y los envían al Ministerio de Salud y Protección Social para su respectiva aprobación.	La entidad solicitó a la Secretaria Departamental de Salud del valle, el usuario y contraseña para acceder al aplicativo "PLAN BIENAL DE INVERSIONES 2018 -2019" habilitado por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el periodo 2018 y 2019, se inscribieron 3 proyectos (obra nueva, ampliación y equipamiento fijo) los cuales a su vez fueron enviados a la Alcaldía municipal de Roldanillo, quienes son los encargados de recopilar los proyectos y enviarlos a la Secretaria Departamental de salud, quienes lo viabilizan y los envían al Ministerio de Salud y Protección Social para su respectiva aprobación. Se aporta archivo que contiene cinco (05) folios, en el cual consta la obligación cumplida por parte del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo Valle, frente al asunto. <u>Anexos:</u> circular secretaria Departamental habilitación del plan bienal. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES HALLAZGOS SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 14</a>	23/07/18	31/12/18

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)  
[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página <b>28</b> de <b>30</b>

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
FINANCIERO 20	El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo no aportó la relación de las cuentas por pagar, haciendo imposible efectuar cualquier cruce para verificar saldos y acreedores de la entidad, por lo que se presume el incumplimiento a lo establecido en los Numerales 130.7 y 130.12 del Artículo 130 de la Ley 1438 de 2011.	Reportar nuevamente a la Superintendencia de Salud, la relación de las cuentas por pagar de las vigencias 2015, 2016 y junio 2017	Se adjunta a este plan de mejoramiento la relación de las cuentas por pagar con corte a diciembre 31 del año 2015, 2016 y junio 2017 contenidas en 01 DVD.	Es importante precisar que las cuentas por pagar , si fueron entregadas al equipo auditor con el fin de verificar saldos y acreedores del Hospital, sin embargo se notó con extrañeza que los profesionales del equipo auditor no tuvieron en cuenta la información entregada y sólo decidieron dejar plasmado en el informe la no presentación de dichas cuentas por pagar, lo anteriormente manifestado fue reportado en la respuesta del Plan de Mejoramiento, donde de igual manera se adjuntaron la cuentas por pagar con corte al 31 de diciembre de 2015, 2016 y junio de 2017. Se adjuntan cuentas. <u>Anexos:</u> Soporte de cuentas por pagar Diciembre 2015 y 2016 - junio 2017. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES HALLAZGOS SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 20</a>	23/07/18	23/07/18
FINANCIERO 27	La E.S.E Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo no adjunta el plan bienal de inversiones la matriz de contratación con pagadores la relación de las cuentas por pagar a terceros ,ni los documentos relativos al tratamiento de información de accidentes de tránsito y el adecuado uso de los recursos por el mismo concepto razón por la cual la entidad estaría presuntamente incumpliendo la norma, específicamente en cuanto a lo establecido en los numerales 130,7 y 130,13 del artículo 130 de la ley 143 de 2011	Reportar nuevamente a la superintendencia el plan Bienal, la relación de cuentas por cobrar y la relación de los contratos con las IPS.	Se adjunta a este plan de mejoramiento el plan bienal, la relación de cuentas por pagar y la relación de los contratos con las IPS contenidas en 01 DVD.	De igual manera, como se expresó frente al hallazgo 20, el Hospital entregó a los auditores de la Superintendencia la relación de las cuentas por pagar a terceros. Se adjuntó a este plan de mejoramiento el plan bienal, la relación de cuentas por pagar y la relación de los contratos con las IPS contenidas en 01 DVD. <u>Anexos:</u> Soporte de cuentas por pagar Diciembre 2015 y 2016 - junio 2017, Plan Bienal. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES HALLAZGOS SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 27</a>	23/07/2018	23/07/2018

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página <b>29</b> de <b>30</b>

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
ASISTENCIAL 28	El hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, no soporta las visitas de verificación de estándares de habilitación por parte de la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, durante las vigencias 2015, 2016 y 2017. por tal motivo presuntamente incumple con el artículo 130 de la ley 1438 de 2011	Presentar los documentos de visita de verificación de habilitación para PAI realizada por Secretaría de Salud Departamental.	Aportar copia de los documentos de visitas realizadas por la Secretaría de Salud Departamental en las siguientes fechas: 26 de Octubre de 2016, 18 de mayo de 2017, 17 de julio de 2017 en 06 folios.	Frente a este hallazgo, la entidad se pronunció dentro del término al grupo auditores de la Superintendencia la información necesaria y relacionada dentro del Plan de Mejoramiento como hallazgo No. 29, en el cual se aportaron copia de los documentos de visitas realizadas por la Secretaría de Salud Departamental en las siguientes fechas: 26 de Octubre de 2016, 18 de mayo de 2017, 17 de julio de 2017 en 06 folios. Información que se adjunta nuevamente con el presente escrito. <b>Anexos:</b> Autoevaluación de habilitación, formulario de inscripción al registro especial de prestadores, portafolio de servicios, certificado de habilitación, reporte de novedades, Actas de seguimiento habilitación, autoevaluación procesos de atención en salud, habilitación vacunación. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 28</a>	23/07/2018	23/07/2018
ASISTENCIAL 32	El hospital Departamental San Antonio de Roldanillo, no presenta un modelo de atención, incumplimiento presuntamente con el numeral 2 del literal a. del artículo 5 del decreto 4747 de 2007.	Implementar un modelo de atención conforme a lo establecido en el numeral 2 del literal a) del artículo 5 del Decreto 4747 de 2007.	El Hospital cuenta con modelo de atención del año 2016, el cual se anexa en 15 folios. Así mismo, se realizará la actualización a 2018.	El Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo Valle, durante la visita del grupo auditor, entregó el modelo de atención del año 2016, tal como consta en el Plan de Mejoramiento; documento que se aporta nuevamente con el presente escrito. Así mismo se aporta el modelo de atención de la vigencia 2018, con lo cual adicionalmente se cumple con lo establecido por nuestra entidad en el plan de mejoramiento. <b>Anexos:</b> Modelo de Atención en salud 2016 y 2018. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 32</a>	23/07/2018	23/07/2019

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)

	<b>HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO E.S.E</b> <b>ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA</b> <b>NIT. 891.900.343-6</b>		Código: F 04-POE 01-PC CE
	<b>PROCESO DE CONTROL DE LA EVALUACION</b> <b>AUDITORIAS INTEGRALES</b>		Versión: 01
	<b>INFORME AUDITORIA POR PROCESO</b>		TDR: 110-29-08
			Página <b>30</b> de <b>30</b>

	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	Acciones de mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Evidencia Res. 8048/2019	Fecha Inicio	Fecha Fin
ASISTENCIAL 40	La ESE Hospital Departamental San Antonio De Roldanillo no cuenta con filas preferenciales para las personas mayores, embarazadas o en situación de discapacidad, situación que configura presuntamente un incumplimiento del Artículo 11 de la ley 1551 de 2015, por medio de la cual se establece la atención preferente a mujeres embarazadas, niños, adultos mayores y usuarios en situación de discapacidad.	El hospital cuenta con una central de citas donde existe un dispensador de turnos que contiene las modalidades de acuerdo a la necesidad, el cual incluye la población preferencial	Se realizó la inauguración de la central de citas que facilita al usuario comodidad y tranquilidad y al cliente preferencial se le asigna un turno especial para lo cual se atiende con la mayor brevedad posible y de acuerdo a su necesidad. Se anexan 03 fotografías en aras de dejar constancia de su implementación dentro de las instalaciones del Hospital.	Tal como se expresó en el plan de Mejoramiento, con los respectivos soportes aportados, el hospital cuenta con una central de citas donde existe un dispensador de turnos que contiene las modalidades de acuerdo a la necesidad, el cual incluye la población preferencial. Dicha central de citas, facilita al usuario comodidad y tranquilidad y al cliente preferencial se le asigna un turno especial para lo cual se atiende con la mayor brevedad posible y de acuerdo a su necesidad. Se anexan nuevamente las tres (03) fotografías en aras de dejar constancia de su implementación dentro de las instalaciones del Hospital. <b>Anexos:</b> fotos dispensador de citas prioritarias. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 40</a>	23/07/2018	23/07/2018
ASISTENCIAL 41	La ESE Hospital Departamental San Antonio De Roldanillo no da respuesta oportuna a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes (PQRS) a los usuarios, incurriendo en una de las conductas que vulneran presuntamente, Decreto 1757 de 1994 y 1011 de 2006 del MPS, los Artículos 49 y 103 de la Constitución Nacional y el Artículo 5 de la Circular Única Capítulo I, Título VII, así como en la Ley 1171 de 2007.	A la fecha se tiene implementado el programa de PQR, con respuestas oportunas a cada una de ellas de acuerdo a la prioridad de cada caso.	Una vez se decepciona la queja, es dirigida a quien corresponda; quien a su vez tendrá la oportunidad de analizar el caso para que la respuesta sea dada de acuerdo con la clasificación. La cual puede ser Inmediata: se hace en el mismo día. Mediata: hasta los cinco (05) días y posterior: hasta los quince (15) días.  Se anexa copia simple del informe de indicador y cumplimiento mes a mes para el año 2016, 2017 y 2018 en 03 folios.	El Hospital Departamental San Antonio De Roldanillo tiene implementado el programa de PQR, con respuestas oportunas a cada una de ellas de acuerdo a la prioridad de cada caso.  Para ello, una vez se decepciona la queja, es dirigida a quien corresponda; quien a su vez tendrá la oportunidad de analizar el caso para que la respuesta sea dada de acuerdo con la clasificación. Dicha respuesta se puede dar de manera Inmediata: se hace en el mismo día. Mediata: hasta los cinco (05) días y posterior: hasta los quince (15) días. <b>Anexos:</b> copia simple del informe de indicador y cumplimiento mes a mes para el año 2016, 2017 y 2018 en 03 folios. <a href="#">soportes SUPERSALUD\SOPORTES_HALLAZGOS_SUPER SALUD\SOPORTES HALLAZGO 41</a>	23/07/2018	23/07/2019

Elaboro: Viviana Alvarez Rincon – Asesora de Control Interno.

Dirección: Avenida Santander. No. 10-50 Roldanillo

PBX: 2295000

E-Mail: [hdsa@hospitalroldanillo.gov.co](mailto:hdsa@hospitalroldanillo.gov.co)

[www.hospitalroldanillo.gov.co](http://www.hospitalroldanillo.gov.co)