



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDIO
NIT: 801001440-8

MATRIZ DE SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO
MACRO PROCESO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL INTERNO

Código: EC-CI-FO-010

Versión: 2

Fecha de elaboración: 22/05/2014

Fecha de revisión: 05/05/2019

ENTIDAD/PROCESO AUDITADO: RED SALUD ARMENIA E.S.E

MODALIDAD DE AUDITORIA Y/O FUENTE DE ASEGURAMIENTO: AUDITORÍA INTEGRAL A RED SALUD ARMENIA E.S.E

VIGENCIA: 2014-2015

FECHA SUSCRIPCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: 22 de febrero 2015

FECHA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO: 28 de Junio de 2019

No. ORDEN DEL ENTE DE CONTROL	HALLAZGO / OBSERVACIÓN	ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO	FECHA VENCIMIENTO TÉRMINO	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN AL CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN: SI = 2; NO = 0; PARCIAL = 1
4	Existen cuentas en el pasivo cuyo saldo adolece de razonabilidad :las cuentas recaudos por clasificar (290580) por valor de \$292.347.306 y otros recaudos a favor de terceros (290590)por valor de \$207,620,096, no han sido saneadas y existen incertidumbre sobre las cuentas que podrían afectarse al momento de la depuración.	Cuenta contable 290580 y 290590 depuradas, reclasificadas y reales.	30/06/2016	Área Financiera	La Coordinadora Financiera y la Contadora de la E.S.E, evidencian en el Balance de Prueba, que los valores que se encontraban en las cuentas 290580 y 290590 del año 2015, obedecían a los descuentos de estampillas y recaudos por terceros. A la fecha del seguimiento se reporta como evidencia, las cuentas ajustadas al nuevo marco en las Normas Internacionales de los meses de mayo a junio, donde se identifica que los valores reflejados en estas cuentas forman parte de un proceso dinámico de mes a mes, que incluye valores de las Estampillas Pro hospital, Pro desarrollo, Pro anciano y el recaudo a favor de terceros como; descuentos autorizados por los contratistas y los rendimientos financieros del año 2015 al 2019 de la cuenta maestra, correspondientes al valor asignado para la obra de infraestructura pendiente por ejecutar en la Entidad. La Acción de mejoramiento se desarrolla de forma permanente.	2
5	La E.S.E no cuenta con un sistema contable de costos hospitalarios que le permita identificar aquellos en que incurre para prestar sus servicios lo que impide determinar las posible utilidades o perdidas que se generen en las diferentes unidades funcionales al momento de prestar los servicios de salud.	Integrar el módulo de costos al resto de módulos administrativos y financieros del programa dinamica.net	31/12/2016	Gerencia - Subgerencia de Planificación Institucional	La responsable de Costos, informa que a la fecha se cuenta con una herramienta en Excel, como Sistema de Costos ABC, la cual permite obtener los costos de la Entidad discriminados por: actividades, centros de costos, áreas funcionales y centros de atención, los cuales incluyen los gastos generales y el recurso humano (Administrativo – Asistencial), también se reporta que el Módulo de Costos Hospitalarios se encuentra parametrizado en el Sistema Dinámica Gerencial.Net desde noviembre de 2018, y se ha venido actualizando con la información del reporte en Excel, de acuerdo a información de la responsable se tiene programado en la vigencia 2019 culminar la actualización del Sistema de Costos en el Módulo de Costos del Sistema Dinámica Gerencial.Net. La acción no se ha implementado en su totalidad	1

6	<p>La entidad presenta cartera con más de 360 días de vencida por valor de 2,775,275 millones a junio de 2015 y 2081065 millones a dic 31 de 2014 que representan el 43% y 30% respectivamente del total de la cartera de esos periodos, esta situación que genera riesgo por perdida de recursos públicos y denota falta de gestión pública</p>	<p>Depurar la cartera de red salud armenia E.S.E, priorizando la cartera de las entidades con mayor edad, es decir la mayor a 360 días y las empresas que se encuentran en liquidación como: 1) Caprecom; Saludcoop, entre otras pública</p>	31/12/2016	Área Financiera (Cartera)	<p>A la fecha del seguimiento se han realizado reclamaciones a las Entidades en liquidación como Saludcoop, Caprecom y Cafesalud por un valor de \$ 3.512.718.633,28 Millones de pesos, de lo cual se han recaudado \$ 331.880.347 Millones de pesos, que equivalen a un 9% del valor inicial de las reclamaciones. No obstante las distintas acciones adelantadas, no se observa efectividad de las acciones implementadas para el recaudo de cartera con vencimiento superior a 360 días.</p>	1
7	<p>La provisión de cartera solo cubre el 62% de las obligaciones con más de 360 días con corte jun 30/2015 y el 72% a dic 2015, además no se registran en el balance las deudas de difícil cobro.</p>	<p>Tener la base real de la cartera de red salud armenia E.S.E según las edades</p>	31/12/2016	Área Financiera (Cartera)	<p>La cartera se encuentra clasificada de acuerdo a las edades, se realizó reclasificación de cuentas de orden bajo Norma Internacional a partir del 01 de enero de 2017.</p> <p>Se inició procesos de cobro persuasivo y coactivo con las distintas Entidades como se describe a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) proceso de conciliación con Caprecom ante la procuraduría, el 04 de marzo de 2019 2) Solicitud de investigación de bienes a las Oficinas de Instrumento Público, de las EAPB, para el inicio de posibles embargos, dicha solicitud fue realizada igualmente a las Entidades bancarias, y la Secretaría de Tránsito y Transporte. 3) Se inició proceso de cobro Jurídico ante la Nueva EPS. 	2

8	La cartera de la entidad podría estar sobrevaluada en una suma estimada en 500 millones por partidas pendientes por depurar que se encuentran registradas en el grupo de otros pasivos como recaudos por clasificar por 292 millones y otros recaudos a favor de terceros por 208 millones	Realizar depuración de cartera, priorizando la cartera de las entidades con mayor edad es decir a la mayor a 360 días y las empresas que se encuentran en liquidación como: 1) Caprecom; Saludcoop entre otras; los valores registrados en el grupo de otros pasivo de recaudos por reclasificar por valor de \$ 134.213.284 ya que el valor de las otras cuentas corresponden a impuestos e ingresos recibidos para terceros valores que no afectan cartera es \$ 366.227.708.	31/12/2016	Área Financiera (Cartera)	Frente a las acciones de mejora propuestas se manifiesta por parte de la Coordinadora del área financiera que corresponden a las adelantadas para subsanar el hallazgo No. 4, el cual se encuentra cumplido.	2
10	La E.S.E calificó todos los estándares con cumplimiento en el registro especial de prestadores de salud; no obstante, la E.S.E. por intermedio de la persona delegada para atender este estándar, manifestó que internamente realizaron la autoevaluación y basados en esta, se generó en primera instancia un plan de choque para trabajar y dar cumplimiento a la norma. Para verificar lo anterior, anexas el informe de autoevaluación en los servicios en 2014 y 2015 en el cual se evidencia el no cumplimiento total de las condiciones de habilitación. (Carpeta 26, archivo llamado: autoevaluación de habilitación (res 2003) año 2014); así mismo, anexas el seguimiento al plan de choque (carpeta 26, archivo llamado: "seguimiento plan de choque"). En este seguimiento, la ese documenta los avances obtenidos en el tiempo, para el Cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014; sin embargo, de acuerdo con la normatividad vigente, la ese incumple lo establecido en el parágrafo del artículo 5 de la resolución 2003 de 2014. De acuerdo con el hallazgo observado en cuanto al cumplimiento de todos los servicios en la declaración de autoevaluación, la E.S.E. incumple lo establecido en el artículo 5 de la resolución 2003 de 2014, parágrafo del artículo 5 de la resolución 2003 de 2014.	Gestionar certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.	30/10/2016	Subgerencia Científica	Se informa por parte de la Responsable que durante la auditoría de seguimiento practicada por el Ente de Control en diciembre de 2016, se presentaron los Certificados en Manejo de víctima de violencia, toma de citologías para las 7 enfermeras de los centros de salud y Certificado de atención integral a víctimas de violencia sexual de la Trabajadora Social, sin embargo, a esta Oficina no se aportaron las evidencias que soporten el cumplimiento de esta acción formulada, por lo cual, no es posible emitir concepto al respecto.	1
Gestionar certificado en toma de citologías las enfermeras de los centros de salud clarita, milagrosa, paraíso, Miraflores, Caimo, Piloto Uribe, Correa Grillo	30/12/2016					
Gestionar certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas, para la trabajadora social del centro de salud milagrosa	30/10/2016					

11	<p>Tal como se documentó en el hallazgo correspondiente al numeral de este informe: "autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación", la declaró en la autoevaluación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014, el cumplimiento total de las condiciones de habilitación; no obstante, en otra autoevaluación realizada, documentan el no cumplimiento total de estas condiciones, en varios estándares para los diferentes grupos evaluados tales como: talento humano, infraestructura, dotación, procesos prioritarios e historia clínica. así mismo, a lo largo de este informe de auditoría delegada, se documentan una serie de hallazgos en diferentes estándares como: infraestructura, medicamentos y dispositivos médicos, gestión de residuos, gestión del talento humano, evidenciándose que la ese no da cumplimiento a algunos estándares de habilitación de acuerdo con la resolución 2003 de 2014, pero que en la autoevaluación están declarados con cumplimiento. Por lo anterior, se encuentra que la ese no cumple con lo establecido en el parágrafo del artículo 5 de la resolución 2003 de 2014. El referente documental del hallazgo se encuentra en la capeta 26, archivos llamados: " autoevaluación reps 01-08-2014:" autoevaluación reps 29-10-2015", carpeta 26, archivos llamados: " autoevaluación habilitación (res 2003) año 2014" y "autoevaluación habilitación (res 2003) año 2015" y en numeral hallazgos del recorrido de habilitación. Hallazgos no. 19: habilitación: red salud armenia E.S.E. no cumple en su totalidad con los estándares de habilitación. Por todo lo anterior, la ese incumple con lo establecido en: el artículo quinto de la ley 872 de 2003, literales h, i y el parágrafo del artículo cuarto de la ley 872 de 2003, artículo quinto de la ley 872 de 2003.</p>	<p>1). Gestionar la disponibilidad de psiquiatría, actualmente se remiten a la EPS y se hace gestión interna administrativa para agilizar la consulta 2).Garantizar que los médicos generales que presten el servicio en el área de urgencias, cuenten con certificado de formación en Soporte Vital Avanzado, y los auxiliares de enfermería que presten el servicio en el área de urgencias cuenten con Certificado de formación en soporte vital básico, 3). Adecuar los pisos, paredes, y techos de todos los servicios para que sean de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento, 4). Adecuar en el servicio de hospitalización el techo para que sea de fácil lavado, y en el servicio de urgencias recubrir las lámparas para garantizar su facilitar Limpieza, 5). Adecuar los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares que cumplan con las características establecidas en la resolución 1164/2002 o las normas que la modifiquen y sustituyan 6). Dotar de Jabón líquido de manos y sistema de secado en las áreas donde se requiera el cumplimiento de lavado de manos, 7). Dotar al servicio de atención Domiciliaria: 1) maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro; 2) Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente; 3) maletín con elemento de curaciones; 4) maletín con medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa; 5) Atriles, 8). Adecuar el ambiente para la recuperación tardía en cirugía ambulatoria, 9). Adecuar el ambiente de extracción de leche materna en la sala de partos y de preparación de formulas artificiales.</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	<p>Este hallazgo se desagregó en 67 ítems de los cuales cuarenta y tres (43) numerales corresponden a acciones de carácter administrativo, técnico, dotación, mantenimiento, reposición e inversión en infraestructura física y 24 numerales se refieren a acciones del área de prestación de servicios y se desagregan así:</p> <p>Total acciones formuladas 67 Acciones Cumplidas 43 Acciones Cumplidas parcialmente 6 Acciones No cumplidas 4 Acciones Sin Evidencia aportada ante la Oficina de Control Interno 14</p>	1
----	---	--	------------	---	--	---

11		<p>10). Dotar de incubadora la sala de partos, 11). Dotar de compresor para ropa contaminada la sala de partos, 12). Instalar el sistema de llamado para el servicio de Hospitalización 13). Adecuar las puertas de acceso a los baños de hospitalización para un fácil paso y giro de sillas de ruedas para así permitir un fácil desplazamiento del paciente, con un sistema que permita ser abiertas rápidamente, 14). Adquirir bomba de infusión para Internación, 15). Adquirir bomba de infusión para el servicio de urgencias, 16). Adquirir equipos de órganos y tensiómetros para el servicio de urgencias, 17). Adecuar un ambiente de Vestier para el personal asistencial que funciona como filtro con lavamanos en el servicio de esterilización, 18). Adquirir mesa de transporte para material de esterilización, 19). Adquirir carro de transporte para material contaminado en el servicio de esterilización, 20). Adecuar rampla en el centro de salud la clarita para el acceso al servicio de farmacia, 21). Adecuar las escaleras y rampas con material antideslizante en el Centro de Salud la Patria, 22). Adecuar baños para discapacitados en los centros de salud la Patria, Paraíso, Sta. Rita, Nueva Libertad, Fundadores y Caa del Sur,</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.
11		<p>23). Dotar de planta eléctrica los centros de Salud la Patria, Milagrosa, Paraíso, Miraflores y Caimo, 24). Instalar material antideslizante en las escaleras del Centro de Salud Milagrosa, 25). Organizar los cables y mangueras que se observan por fuera en el área del compresor del Centro de Salud Paraíso, 26). Adecuar el área de almacenamiento temporal de residuos teniendo en cuenta la hoja de techo que se encuentra levantada y el sistema de desagüe del Centro de Salud Paraíso, 27). Reparar o adquirir la unidad de odontología en el centro de Salud Santa Rita, 28). Reparar o adquirir unidad de odontología en el centro de Salud Correa Grillo debido a que la escupidera se encuentra en mal estado, el eyector no esta realizando una buena succión y el negatoscopio no funciona, 29). Adecuar el tanque de agua del Centro de Salud Fundadores, 30). Dotar de Tensiómetro Pediátricos los siguientes Cs: Clarita, Milagrosa, Patria, Paraíso; Miraflores, Caimo, Sta. Rita, Piloto Uribe, Correa Grillo, Nueva Libertad, Quindos y Caa Sur,</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.

11		<p>31). Organizar la unidad de odontología del centro de Salud la Clarita no cuenta con negatoscopio, la escupidera se encuentran en mal estado, y el eyector no esta realizando una buena succión, 32). Calibrar los termo Higrómetros de los Centros de Salud la Clarita, Milagrosa, y Piloto Uribe, 33). Dotar de Equipo de Órganos a los Centro de Salud Clarita, Patria y Caa Sur, 34). Dotar las salas de Procedimiento menores con camillas rodantes, con barandas y sistema de frenos, así mismo los siguientes Centros de Salud: Milagrosa, Miraflores, Piloto, Correa Grillo y Caa Sur, 35). Dotar de Negatoscopio una de las unidades de odontología del Centro de Salud Milagrosa, Piloto Uribe, Quindos y Santa Rita negatoscopio, 36). Adquirir Carro de paro en caso de emergencia por efectos adversos en Centros de Salud Milagrosa, 37). Organizar el Oftalmoscopio, y adquirir termómetro para el Centro de Salud el Paraíso, 38). Reparar o adquirir la unidad de odontología en el centro de Salud Paraíso ya que no se encuentran en buenas condiciones generales (el negatoscopio se encuentra en mal estado, 39). Organizar o cambiar las unidades odontológicas del centro de Salud Miraflores (la unidad dos no se encuentra con eyector y la unidad uno no tiene negatoscopio, 40). Dotar de instrumental básico hasta completar seis (6) juegos para el Centro de Salud Miraflores,</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.
11		<p>41). Instalar de lavamanos el área de procedimientos menores del Centro de Salud Piloto Uribe, 42). Adquirir sondas periodontales, las cuchillas y los excavadores hacen parte del instrumental básico, Centro de Salud Correa Grillo, 43). Adquirir un (1) fonendoscopio para el centro de salud nueva libertad, 44). Dotar de Vehículos de recolección de residuos el centro de salud Fundadores, 45). Dotar de martillo de reflejos e infantómetro o tallímetro para bebés y tensiómetro pediátrico en Centro de Salud Fundadores, 46). Realizar socialización y evaluación del Manual de Protocolo y Procedimientos, 47). Garantizar el adecuado proceso de desinfección del equipo de retiro de puntos en el centro de Salud la Clarita, 48). Medir adherencia a los Protocolos de enfermería de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, 49). Culminar el procedimiento para el desarrollo o adopción de Guías de Prácticas Clínicas, 50). Ajustar el uso y rehusó de dispositivos médicos (solo cuenta con el componente de odontología, 51). Completar los paquetes para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicarlo en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización y socializar,</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.

11		<p>52). Actualizar el Manual de Manejo de la Historia Clínica se encuentra en físico, 53). Implementar mecanismos para verificar la aplicación del Consentimiento Informado, 54). Diseñar e implementar un sistema organizado de alerta y con normas para la ronda medica diaria de evolución de pacientes, 55). Actualizar la solicitud de interconsultas y la entrega de turno por parte de medicina, 56). Diseñar el protocolo para identificar los usuarios carentes de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre, 57). Elaboración del protocolo de Clasificación de los pacientes, 58). Describir en el manual de referencia y contra referencia institucional los criterios explicitos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad, 59). Elaborar, adoptar o adaptar guías y protocolos de atención en paciente agitado, intento de suicidio, síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas,</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.	
11		<p>60). Elaborar protocolo para declaración de muerte cerebral. 61). Socialización del manual de esterilización en los siguientes centros de salud: Nueva Libertad, Piloto Uribe y el Caimo, 62). Socializar del protocolo de preparación de imágenes diagnósticas, en el Centro de Salud la Clarita, 63). Actualizar los protocolos para el manejo de las principales patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, 64). Socializar en el centro de salud Santa Rita protocolo de autoexamen de seno e inserción y retiro de DIU, 65). Socializar en el centro de salud Nueva Libertad el manual de bioseguridad, esterilización y limpieza y desinfección, al igual que el protocolo de autoexamen de seno, 66). Socializar en el Centro de Salud los Quindos protocolo de autoexamen del seno, 67). Realizar en el centro de salud Miraflores de protocolo de autoexamen de seno, manual de bioseguridad y protocolo de lavado de manos.</p>	31/12/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Se presenta cumplimiento parcial a las actividades relacionadas en este hallazgo, por lo cual, se califica con uno (1) y se reporta ante la Alta Dirección informe detallado y matriz de verificación de actividades plan de mejoramiento.	

18	<p>mapa de riesgo en construcción pendiente aprobación de parte de la junta directiva; la institución no realiza seguimiento a los resultados de la auditoría y al plan de mejoramiento de los procesos asistenciales priorizados en 2015; en 2014 no hay auditorías realizadas de adherencia de higiene de manos; no se encuentran toallas desechables para lavado de manos en ninguno de los centros visitados; soporte de medición mensual de indicadores y documentación de las acciones de mejora se lleva solo en 2015, en 2014 no se habían implementado; procedimiento de dispensación informada de medicamentos de noviembre de 2009, actualización mayor de 5 años; no suministran soportes de la medición de adherencia a la dispensación de medicamentos; no hay protocolo establecido de uso racional de antibióticos; la institución no cuenta con un documento que evidencie la adherencia al proceso de administración segura de medicamentos; no se cuenta con un documento para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo; no existen listas de chequeo que aseguren la entrega correcta de medicamentos desde la farmacia; no se cuenta con una alternativa para la marcación de pacientes cuando son homónimos. La institución no cuenta con soporte documental de medición semestral de adherencia a la guía de atención prioritaria de las gestantes; no cuentan con de lista de chequeo para garantizar la vigilancia estricta de la mujer en el posparto. Norma incumplida es el decreto 1011 de 2006 artículo 6, resolución 2003 de 2014, procesos prioritarios 2.3.2.1. - política de seguridad del paciente del ministerio de salud y protección social.</p>	<p>1). Aprobar el mapa de riesgo por parte de la junta directiva</p> <p>2). Realizar seguimiento a los resultados de la auditoría y al plan de mejoramiento de los procesos asistenciales priorizados en 2015</p> <p>3). Garantizar la dotación de toallas desechables para lavado de manos en los centros visitados</p> <p>4). Actualizar el procedimiento de dispensación informada de medicamentos.</p> <p>5). Realizar medición de adherencia a la dispensación de medicamentos</p> <p>6). Diseñar protocolo para el uso racional de antibióticos</p> <p>7). Diseñar el procedimiento para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo</p> <p>8). Elaborar lista de chequeo que asegure la entrega correcta de medicamentos desde la farmacia</p> <p>9). Desarrollar un procedimiento alternativo para la marcación de pacientes cuando son homónimos.</p> <p>10). Realizar medición semestral de adherencia a la guía de atención prioritaria de las gestantes</p> <p>11). Diseñar lista de chequeo para garantizar la vigilancia estricta de la mujer en el posparto</p>	31/10/2016	Subgerencia Científica	<p>De acuerdo con el seguimiento realizado y conforme con las evidencias aportadas de las once (11) acciones de mejora formuladas en este hallazgo; seis (6) acciones fueron cumplidas posteriormente a la Auditoría de Seguimiento realizada por la Superintendencia Nacional de Salud y cinco (5) acciones fueron reportadas como cumplidas, por lo cual presenta un cumplimiento parcial</p>	1
----	--	---	------------	------------------------	---	---

23	Se evidencia un área con pisos con uniones entre baldosa y baldosa que no garantizan que sea lisos, se evidencia deterioro en algunas partes de ellos, los mesones no son de materiales lisos completamente esto impide la limpieza y desinfección adecuada, los equipos presentan oxidación en su estructura que no garantiza la desinfección profunda en ellos los mismos, el equipo de esterilización de odontología presentaba fuga de agua en la puerta. la normatividad incumplida es la resolución 2003- proceso de esterilización	Incluir dentro del cronograma de actividades del plan de mantenimiento hospitalario vigencia 2016, mantenimiento en el área esterilización y cambio de mesones que no cumplan con las características así mismo adquirir autoclave. (recibo de autoclaves por la ejecución del contrato de compra-venta número 039, 038 y 044) La oficina de bienes y servicios con todo el equipo de operarios de mantenimiento realizará las adecuaciones físicas necesarias con el apoyo técnico del ingeniero contratista Carlos Arturo Ocampo la oficina de gestión ambiental avalará los planteamientos técnicos de mejora, supervisará las adecuaciones que se realicen e informará a la oficina de calidad los avances y cumplimiento en su totalidad cuando este se presente	30/06/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	Este hallazgo no presenta acciones de mejoramiento a la fecha de este seguimiento, según reporte del responsable, las actividades a desarrollar forman parte del Proyecto de remodelación, ampliación y culminación de obra física de la Unidad Intermedia del Sur, financiado a través de los recursos de excedentes de cuentas maestras, el cual se encuentra viabilizado por el Ministerio de Salud y está a la espera de iniciar su ejecución.	0
26	A IPS presenta documento de comité de ética bajo resolución interna 0255 constituido por cinco integrantes con periodicidad mensual y sus funciones, se evidencia que hay periodicidad pero no hay seguimiento estricto a los compromisos establecidos. La normatividad presuntamente incumplida es la resolución 13437 de 1991 y decreto 1757 de 1994. Lo anterior se encuentra soportado en la carpeta 45 Dr. Uribe acta n° 01	Notificarle al el comité de ética hospitalaria, el hallazgo encontrado tras visita realizada por la superintendencia de salud, en auditoria llevada a cabo en el mes de noviembre de 2015. ; solicitar a la oficina de calidad el realizar auditoria de seguimiento a compromisos del comité de ética hospitalaria.; solicitar al comité de ética hospitalaria de red salud el cumplimiento estricto cumplimiento a compromisos	30/06/2016	Subgerencia Científica y Subgerencia de Planificación Institucional	se reporta que a la fecha del seguimiento, el expediente del Comité de Ética se encuentra organizado y con los soportes que dan cuenta de las actividades adelantadas: anexando Resolución 022 del 05 de julio de 2017, la cual derogan la Resolución 117 del 10 de abril de 2014, por medio de la cual se establecen las funciones y criterios del Comité de Ética Hospitalaria, con las Actas de los Comités realizados en las vigencias 2017 y 2018.	2
27	la I.P.S presenta no documento de comité, se evidencia que no hay comités en enero, marzo, junio y octubre del año 2014, y de enero, febrero, marzo, abril y mayo del 2015. La I.P.S no presentó seguimiento a riesgos establecidos de tecno vigilancia, reactivo vigilancia y fármaco vigilancia. La normatividad incumplida es el numeral 4 de la resolución 1403 de 2007, art 2 de la resolución 2013038979 de 2013 art. 1 de la resolución 4816 de 2008, numeral 5.2 cap. III de la resolución 1403 de 2007. Lo anterior se encuentra soportado en la carpeta 45 Dr. Uribe acta N° 01	La IPS en su respuesta a este ítem reconoce y acepta los siguientes hallazgos: del comité de farmacia y terapéutica, el cual se debe hacer modificación parcial según la normatividad, está ya se modificó, está en el área de jurídica para su respectiva aprobación. Los comités de reactivo vigilancia y fármaco vigilancia se seguirán realizando según la normatividad vigente, se cuenta con el borrador de las resoluciones en espera de ser aprobada por el área de jurídica. Se trató en el comité de farmacia y terapéutica del mes de enero de 2016 a la fecha está en revisión por parte de la oficina jurídica para pasar a la gerencia y hacer su aprobación. Cumplir con el cronograma de los diferentes comités. Conformación de los comités reactivo vigilancia y farmacovigilancia por un acto administrativo.	31/12/2016		Se ajustaron los actos administrativos de los Comités de Farmacia, Farmacovigilancia y Reactivo Vigilancia, y se anexa a la fecha del seguimiento soportes de la acción de mejora Actas de las vigencias 2017 y 2018 de cada uno de los Comités	2

32	La IPS no cuenta con protocolo institucional no adherencia a ningún protocolo de cadena de custodia. La normatividad presuntamente incumplida es la ley 906 de 2004. Lo anterior se encuentra soportado en la carpeta 36, archivo acta 005 red salud.	Abordar el protocolo de cadena de custodia; socializar el protocolo de cadena de custodia con el personal asistencial del área de urgencias y partos del hospital del sur; evaluar el nivel de conocimiento del protocolo de cadena de custodia; realizar auditoría de adherencia al protocolo de cadena de custodia implementado por la E.S.E	30/10/2016		Como soportes de la acción de mejora se cuenta con el Protocolo Cadena de Custodia, Lista Chequeo, Informes de adherencia Cadena Custodia de la vigencia 2018 y Correo de difusión del Protocolo Cadena, Conforme a la información suministrada y evidencia aportada a la fecha del seguimiento, la acción de mejora formulada fue cumplida	2
CALIFICACIÓN AL AVANCE	GRADOS DE CUMPLIMIENTO:			PUNTAJE TOTAL DE EVALUACION	17	
	NO CUMPLIDO: ENTRE 0 Y 0.99 PUNTOS			PROMEDIO LOGRADO EN LA EVALUACION	1,42	
	CUMPLIMIENTO PARCIAL: ENTRE 1.0 Y 1.89 PUNTOS			NIVEL DE CUMPLIMIENTO OBTENIDO	PARCIAL	
	CUMPLIDO: ENTRE 1.9 Y 2.0 PUNTOS			RESULTADO PORCENTUAL DE CUMPLIMIENTO	71%	

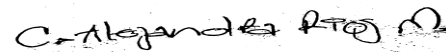
NOTA ACLARATORIA: El plazo para la implementación de las acciones de mejoramiento formuladas, expiró el 31 de diciembre de 2016; por lo cual no se efectuarán verificaciones posteriores. No obstante los avances aquí descritos corresponden al resultado del Seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2019, con el fin de alertar sobre reincidencias y posibles sanciones por parte de los Entes Externos de Control.

NOMBRE DEL AUDITOR: Teresa Lemus Restrepo



FIRMA DEL AUDITOR:

NOMBRE DEL AUDITOR: Claudia Alejandra Rios Moncada



FIRMA DEL AUDITOR: