

COMUNICACIÓN INTERNA

11 - 069

San José de Cúcuta, 05 de septiembre de 2022

PARA: Dr. HERNANDO OTERO RODRIGUEZ, Líder de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado de la Auditoría practicada al Proceso de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.

Respetuosamente solicito en término de ocho (8) días hábiles, el respectivo cargue en el aplicativo del Plan de Mejoramiento para su seguimiento.

Atentamente,




MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (14)

Transcriptor: María Elida Lindarte

2 / 5-8-2022



EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE
GESTION

CODIGO: CI-FO-003

VERSION: 3

ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA

FECHA: DIC 2021

PAGINA 1 de 2

APERTURAFecha de inicio: 06 de Julio
del 2022

Hora de inicio : 9:00 a.m


Lugar: Oficina de
Apoyo Diagnostico y
Terapeutico

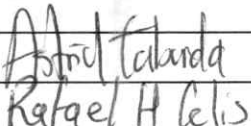
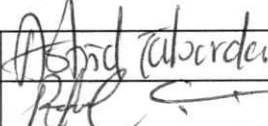
Proceso: Apoyo Diagnostico y Terapeutico

Observaciones: Se realiza apertura en la fecha programada,
y se suspende en atencion a la visita que realiza
el IDS para verificar los requisitos de habilitación.
21/07/2022

REGISTRO

Nombre	Responsable	Reunión de apertura	Reunión de Cierre
		Firma	Firma
Martin Eduardo Herrera Leon	Asesor Contro Interno de Gestion		
Brigytte Stephanny Correa Vasquez	Profesional Universitario		
Hernando Otero Rodriguez	Lider de Apoyo Diagnostico y Terapeutico		
Jhon Edwin Camacho	Coord. Medicina fisica y rehabilitacion		
Carlos Moreno	Coord.Laboratorio clinico		
Elsy Entrena Mutis	Coord.Banco de sangre		
Andrea Contreras	Coord. Patologia e Imagenologia		
Vladimir Manrique	Coord. Servicio Farmaceutico		
Esperanza Moncada	Coord.Nutricion y dietetica		
Yesika Serrano	Coord.Radioterapia y Oncologia		
Sandra Bermont	Coord. Enfermeria		
Marlene Cotamo Salazar			
Jorge Burgos Moncada			

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 3
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: DIC 2021
		PAGINA 2 de 2

	
---	--

ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA

Determinar el grado de cumplimiento y ejecución en términos de eficiencia y eficacia, de las actividades establecidas en el proceso de Apoyo Diagnostico y Terapeutico de la ESE HUEM, en el periodo comprendido desde el 04 de Octubre del 2021 al 06 de Julio del 2022. Con el fin de generar las recomendaciones que conduzcan al mejoramiento continuo del área auditada.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA

La auditoria se realizara teniendo en cuenta y tomando como referencia las normas de auditoria generalmente aceptadas (NAGA). Los criterios y elementos de verificación, confrontación y evaluación estan determinados por: Plan de desarrollo institucional, códigos, resoluciones, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, planes de mejoramiento, normas de auditoria generalmente aceptadas, circular 001 de 2006.

CIERRE


Fecha de inicio: 05/09/2022	Hora de inicio :	Lugar: Oficina de Apoyo Diagnostico y Terapeutico
-----------------------------	------------------	---

Observaciones:

SUSPENSIÓN:

Fecha :	Hora:	Lugar:
---------	-------	--------

Descripción.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 1 de 27

1. ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
Proceso		Responsable del proceso	
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico		Hernando Otero Rodríguez	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
06/07/2022	05/09/2022		
Auditores		Auditados	
Martin Eduardo Herrera León		Hernando Otero Rodríguez	
Brigytte Stephanny Correa Vasquez		Carlos Moreno	
Marlene Cotamo Salazar		Elsy Entrena Mutis	
Jorge Javier Burgos		Andrea Contreras	
Martin Mora Hernandez		Vladimir Manrique	
Nixon Martin Leal		Esperanza Moncada	
		Yesika Serrano	
		Sandra Bermont	
		Jhon Edwin Camacho	
Objetivo general			
Determinar el grado de cumplimiento de las actividades establecidas en el PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO que sean ejecutadas con la eficacia y eficiencia que brinden herramientas para cumplir con la normatividad existente que permitan el mejoramiento continuo en el proceso. Procedimiento y registros en la ESE HUEM.			
Alcance			
Revisión documental, confrontación de cumplimiento de cada una de las actividades del proceso en el periodo comprendido desde el 04 de Octubre del 2021 al 06 de Julio del 2022. Con el fin de generar las recomendaciones que conduzcan al mejoramiento continuo del área auditada.			
Metodología			
La auditoria se realizara teniendo en cuenta y tomando como referencia las normas de auditoria generalmente aceptadas (NAGA), mediante la inspeccion y revision documental, entrevistas, para realizar seguimiento y formatos que conforman el proceso de Apoyo diagnostico determinando fortalezas y debilidades en el desarrollo y ejecucion de las mismas y realizando una confrontacion de donde se generan las recomendaciones y acciones de mejora basadas en los hallazgo.			
Criterios			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación estan determinados por: Plan de desarrollo institucional, códigos, resoluciones, manual de procesos y procedimientos, manual de funciones, planes de mejoramiento, normas de auditoria generalmente aceptadas, circular 001 de 2006.			

2. HALLAZGOS

No	Descripción del hallazgo	procedimiento	C	NC	O B	Criterios de auditoria
01	Todos los procedimientos contienen en la estructura orgánica los siguientes documentos: Manual de funciones, manuales, protocolos, guías, planes operativos estándar, procedimientos, formatos.	Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	x			Manuales de funciones, procesos y procedimientos.
02	Mapa de riesgos	Todos los procedimientos	x			Manual de Procesos y Procedimientos - Normatividad
03	De los Planes de Mejoramiento	MIPG - Todos los procedimientos		x		Aplicativo institucional PUM
04	Reportes trimestrales al IDS, Salud pública y entes de control	Todos los procedimientos	x			Manual de Procesos y Procedimientos – Normatividad Relación con entes externos
05	Indicadores de gestión de índice de rentabilidad	Todos los procedimientos	x			Software Panel de indicadores
06	Manual de funciones del laboratorio clínico	Laboratorio clínico	x			Manual de Procesos y Procedimientos
07	Del panel de indicadores se evidencio que la información suministrada en los indicadores está incompleta, sin soportes de los resultados y análisis poco descriptivos.	Laboratorio clínico			x	Software aplicativo Panel de Indicadores
08	Actividad 10. Registrar los resultados en los formatos de registro diario correspondientes en cada sección.	Laboratorio clínico	x			Procedimiento gestión de exámenes de laboratorio clínico. DT-PR-011


	Se verifican y validan en el software los resultados de los análisis.					
09	Realización del control de superficies del área de microbiología, proporcionando a los operarios del laboratorio de microbiología la información pertinente.	Laboratorio clínico	x			Procedimiento de control microbiológico de superficies. DT-PR-038
10	Soportada la adherencia de todos los soportes y registros establecidos.	Laboratorio clínico	x			Manual de Procesos y Procedimientos - Normatividad
11	Se diligencia el acta de descarte de producción diaria	Laboratorio clínico	x			
12	Bajo revisión ocular se comprobó que en la Actividad 12. No se completan todas las firmas que se registran en el formato de entrega de resultados. DT-FO-241 FORMATO REGISTRO ENTREGA DE RESULTADOS.	Laboratorio clínico			x	Laboratorio clínico Procedimiento para la gestión de muestra para análisis de RT-PCR de virus respiratorios y SARS-COV-2. DT-PR-039 DT-FO-241
13	Se evidencio que el procedimiento DT-PR-012, no cuenta con fecha de última actualización desde versión original en Diciembre de 2017.	Laboratorio clínico			x	Procedimiento de muestras epidemiológicas de interés en salud pública. DT-PR-012
14	Tras revisar la página Intranet en la sección Manuales, Proceso Apoyo Diagnóstico y Terapéutico. "Manual de hematología" se evidencio que está	Laboratorio clínico			x	Manual de hematología DT-MA-011 DT-MA-011

	cargado dos veces, con código DT-MA-004 DT-MA-011.					
15	Tras revisar la página Intranet, la sección Manuales, Proceso Apoyo Diagnóstico y Terapéutico. "Manual de Bioseguridad laboratorio clínico" se evidencio que está cargado dos veces, con código DT-MA-042.	Laboratorio clínico			x	Manual de bioseguridad laboratorio clínico DT-MA-042
16	Durante el recorrido realizado, se evidencio el inadecuado diligenciamiento de Control de temperatura y humedad.	Laboratorio clínico		x		Control diario de temperaturas de equipos DT-FO-AB-039
17	Ante la confrontación realizada de la información suministrada por el líder de gestión documental se evidencio el no cumplimiento del cargue Inventario Único Documental.	Laboratorio clínico		x		Procedimiento de CEGDOC
18	Se cumplen todos los protocolos para el desarrollo de actividades entre los cuales se cuentan: Preanalítica, Analítica y Post-analítica.	Laboratorio clínico	x			Manual de control de calidad laboratorio clínico
19	Formato diario de control de temperaturas diligenciado oportunamente y en formatos respetivos, como lo son: tanques,	Nutrición y dietética	x			Manual de procesos, procedimientos, protocolos.

	enfriadores, cuartos frios, neveras.					
20	Atención nutricional, tamizaje nutricional, y valoración nutricional en urgencias, hospitalización y consulta externa del ESE HUEM.	Nutrición y dietética	x			Procedimiento clínico para la atención nutricional IC-PR-016
21	El área de nutrición realiza una debida planificación de la minuta patrón, programación, recepción, ingreso, almacenamiento y lavado y desinfección de insumos.	Nutrición y dietética	x			Procedimiento para la planificación, preparación y distribución de alimentos en el servicio de alimentación. DT-PR-015
22	De los inventarios de: elementos de equipo, enferos, y productos alimenticios se encuentran actualizados y se realiza el respectivo control de los mismos.	Nutrición y dietética	x			Procedimiento para la planificación, preparación y distribución de alimentos en el servicio de alimentación. DT-PR-015
23	Ante la confrontación realizada de la información suministrada por el líder de gestión documental se evidencia el cumplimiento del cargue Inventario Único Documental	Nutrición y dietética	x			Procedimiento de CEGDOC
24	Del panel de indicadores se evidencia que la información suministrada en los indicadores está sin	Nutrición y dietética Banco de leche			x	Software aplicativo Panel de Indicadores

	soportes.					
25	Tras revisión de la actividad No 17 distribución de dietas, se observó que la auxiliar de manipulación de alimentos no hace el diligenciamiento del formato de control de temperaturas en carros termo GT-F0-026. Además del formato DT-FO-048 solo registran una temperatura por comida al día sea almuerzo o desayuno.	Nutrición y dietética		x		Procedimiento para la planificación, preparación y distribución de alimentos en el servicio de alimentación. DT-PR-015
26	Del panel de indicadores se evidencio; que para mantener las frutas y las hortalizas en buenas condiciones es muy importante someterlas a un proceso de conservación. Según la resolución 2674 del 2013 la temperatura en refrigeración no deben exceder los 4°C +/-2°C. Pero según los soportes anexos, de control de temperatura ambiental, la temperatura excede el máximo permitido.	Nutrición y dietética		x		Software aplicativo Panel de Indicadores Indicador 1552 Cumplimiento temperatura cuarto de Frutas y Verduras.
27	Las cocinas periféricas localizadas en cada piso, no cuentan con una sección individual para elementos de limpieza.	Nutrición y dietética		x		Resolución 2674 del 2013 Ministerio de Salud y Protección Social

28	Revisado y confrontado el tamizaje de pacientes se verifico el bajo porcentaje de interconsultas originadas por el personal médico, por lo cual se están realizando pruebas piloto con una enfermera encargada de realizar el tamizaje propicio.	Nutrición y dietética			x	Protocolo de soporte Metabólico Y Nutricional DT-PT-042
29	De los planes de mejoramiento producto de auditoria 2021 realizada por Control Interno de Gestión	Nutrición y dietética			x	Panel de planes de mejoramiento
30	Tras visita realizada al servicio de alimentacion se evidencio el uso de un pela papa obsoleto el cual pone en riesgo la salud física de los trabajadores por su dificultoso uso y el riego de agua en la zona.	Nutrición y dietética			x	Seguridad y Salud en el trabajo
31	Estandarización de fórmulas lácteas, censo mensual de fórmulas lácteas formato de orden de preparación de fórmulas lácteas y/o enterales	Banco de leche	x			Protocolo de preparación de fórmulas lactas y parenterales.
32	De los equipos y utensilios requeridos para el procesamiento de leche humana cumplen con el inventario y se realiza el respectivo control de los mismos.	Banco de leche	x			Manual de procesamiento de leche humana
33	Se realiza seguimiento a las madres donantes	Banco de leche	x			Manual de procesamiento de

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 8 de 27


	y se realiza capacitaciones que permiten el fortalecimiento del programa y concientización por parte de las lactantes.					leche humana
34	De la actividad No. 15 Distribución de la leche humana pasteurizada se lleva como punto de control el formato de control de entradas y salidas de la leche humana pasteurizada en distribución, el cual esta codificado en la intranet como DT-FO-338, pero en el documento esta como HS-FO-338.	Banco de leche			x	Procedimiento para el proceso y control de calidad del banco de leche humana DT-PR-037
35	Durante el recorrido realizado, se evidencio la falta de diligenciamiento de Control de temperatura y humedad.	Banco de leche		x		Manual de procesos, procedimientos, protocolos.
36	Del panel de indicadores se evidencio que la información suministrada no presenta soportes de los resultados y análisis poco descriptivos.	Banco de sangre			x	Software aplicativo Panel de Indicadores
37	Unidad móvil, campañas de donación de sangre 2021-2022	Banco de sangre	x			Manual de procesos, procedimientos, protocolos.
38	Formato diario de control de temperaturas y humedad diligenciado oportunamente y en formatos respetivos.	Banco de sangre	x			Manual de procesos, procedimientos, protocolos.

39	Informe trimestral al INVIMA E IDS	Banco de sangre	x			Manual de procesos, procedimientos.
40	Registros mensuales enviados por el aplicativo SIHEVI-INS	Banco de sangre	x			Manual de procesos, procedimientos.
41	Se lleva a cabo el registro diario y semanal de la cantidad de cada hemocomponentes por grupo sanguíneo, pero se constató que la información suministrada en el formato DT-FO-032 registro verificación de stock semanal de hemocomponentes Act No 9, no es completamente verídica en sus resultados pues la suma de cantidades diarias y semanales no coincide.	Banco de sangre		x		Procedimiento operativo estándar verificación stock de hemocomponentes DT-POE-001
42	De la actividad No 7, el Banco de Sangre debe realizar la notificación de paciente politransfundidos a la EPS mediante una carta pero no se cumple con esta función.	Banco de sangre		x		Procedimiento operativo estándar seguimiento a pacientes politransfundidos DT-POE-009
43	Mediante observación ocular se evidencio que no existe protocolo o lista de chequeo para el manejo y funcionamiento de la unidad móvil de captación de sangre.	Banco de sangre		x		Lineamiento Nacional de colecta de sangre en puestos móviles Instituto nacional de salud
44	Se cumple con el diligenciamiento del	Enfermería	x			Protocolo de bienvenida de


	formato DT-FO-363 Registro de información y/o educación de enfermería					enfermería DT-PT-072
45	Enfermería participa activamente en acciones de vigilancia y control epidemiológico a través de la participación del Comité de Infecciones asociadas a la Atención en Salud y Antibióticos	Enfermería	x			Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
46	En consecuencia a lo normado por la comisión nacional del servicio civil CNSC se aplica la evaluación de desempeño de competencias y desempeño laboral a los funcionarios de carrera y provisional del área de Enfermería.	Enfermería	x			Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
47	Se evidencia el debido diligenciamiento de las notas de enfermería en las historias clínicas cargadas por DGH, donde se describe la evolución del paciente.	Enfermería	x			Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
48	La actividad No 7 indica que se debe diligenciar el formato de registro de pertenencias en custodia DT-FO-261, este registro solo se diligencia en físico pero no se anexa en la historia clínica del paciente o en DGH.				x	Procedimiento para custodia de pertenencias en pacientes y/o usuarios DT-PR-019
49	De la actividad No 9 a)	Enfermería			x	Procedimiento para

	si el paciente o usuario permanecerá en urgencias para estabilización, la custodia de pertenencias será responsabilidad de enfermería, quienes guardaran las pertenencias en el locker o mueble asignado. Pero tras inspección ocular no se evidencia la existencia de los locker nombrados.					custodia de pertenencias en y/o pacientes usuarios DT-PR-019
50	Con el fin de medir el nivel de adherencia del manual se debe realizar la evaluación mediante el diligenciamiento del formato de inducción, reinducción y entrenamiento código TH-FO-025. Pero se evidencio que este formato no es aplicado por parte de enfermería.	Enfermería		x		Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
51	Para la aplicación del formato MC-FO-037 Y MC-FO-038 se toma como muestra el porcentaje de egresos establecidos por el área de estadística, una vez obtenido este dato se realizara una tabulación de los mismos donde se toma un promedio de la muestra, de este resultado será la cantidad de encuesta a aplicar. Lo cual no se	Enfermería		x		Instructivo para la realización de rondas de seguridad y adherencias MC-IN-002


	cumple a cabalidad, pues según lo expuesto en EPM y por las mismas enfermeras, la muestra es aleatoria y según la disponibilidad de personas					
52	Según el manual se debe realizar solicitud formal de capacitación a la coordinación de ingeniería biomédica para certificar el mantenimiento del manejo de los equipo, a lo cual las enfermeras manifiestan que no realizan dicha solicitud	Enfermería		x		Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
53	El uso de celulares y audífonos por parte del personal de enfermería es evidente y no cumplen con la circular de restricción de su uso en turno	Enfermería			x	Manual de inducción y reinducción para el personal de Enfermería DT-MA-024
54	Del panel de indicadores se evidencio que la información suministrada no presenta soportes de los resultados y análisis poco descriptivos.	Enfermería			x	Software aplicativo Panel de Indicadores
55	El Indicador 1917 cumplimiento en el diligenciamiento de la evaluación de riesgo de lesiones por presión denota una calificación mala desde que inicio el indicador por lo cual se debe replantear la	Enfermería			x	Software aplicativo Panel de Indicadores

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 13 de 27


	formulación del mismo.					
56	El protocolo de curaciones se encuentra desactualizado desde su fecha de versión original Diciembre 2015. Revisar pertinencia	Enfermería			x	Manual de procesos, procedimientos.
57	El protocolo manejo de pacientes ostomizado se encuentra desactualizado desde su fecha de versión original Diciembre 2015. Revisar pertinencia	Enfermería			x	Manual de procesos, procedimientos.
62	Actividad No. 3 del formato DT-FO-056 formato distribución gases medicinales, se evidencio el incompleto diligenciamiento de firmas, áreas y demás items	Farmacia			x	DT-PR-006 Procedimiento de distribución de gases medicinales a los servicios hospitalarios
58	Establecer los mecanismos y procedimientos según normatividad vigente para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos e insumos de la ESE HUEM.	Farmacia	x			Procedimiento de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos DT-PR-044
59	Tras inspección ocular de evidencio que El servicio de farmacia no realiza seguimiento farmacoterapeutico de los servicios indicados como lo nombra la actividad No.1 del procedimiento y también expresan que no saben quién los	Farmacia		x		Procedimiento de seguimiento farmacoterapeutico DT-PR-009

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION			CODIGO: CI-FO-005	
				VERSION: 3	
	INFORME DE AUDITORIA			FECHA: MAR 2021	
				PAGINA 14 de 27	


	realiza.					
60	Se cumple a cabalidad con el procedimiento para el manejo y custodia de medicamentos de control especial, desde la adquisición hasta la entrega a los servicios y se evidencia envío del informe verificado al IDS	Farmacia	x			Protocolo de distribución de medicamentos de control especial DT-PT-004
61	Se evidencio que el químico farmacéutico no aplica el formato DT-FO- 408 Formato de listado de pacientes en seguimiento farmacoterapeutico y no realizan el seguimiento respectivo que es cada 3 días. Actividad No 6	Farmacia		x		Procedimiento de seguimiento farmacoterapeutico DT-PR-009
62	Se realizó inventario a los carros de paro de cada uno de los servicios y se evidencio: -carros sin bala de oxigeno -carros con bala de oxigeno vacía -carros sin desfibrilador -carros con objetos encima que no pertenecen al inventario -carros con inventario de medicamentos y equipos desactualizados	Farmacia		x		protocolo para verificación y cierre de carro de paros DT-PT-008
63	La farmacia satélite Urgencias adulto y Quirófanos no cuenta	Farmacia		x		DECRETO 2200 DE 2005

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 15 de 27

	con las característica especiales para el almacenamiento de medicamentos y demás, pues el espacio es muy pequeño, se encontraron cajas en el piso sin estiba alguna, no se evidencio la semaforización correcta, y se encontraron ampollas partidas durante la inspección practicada.				
64	La bodega principal a pesar de haber evidenciado mejorías aun cuenta con algunos medicamentos vencidos en el área.	Farmacia		x	DECRETO 2200 DE 2005
65	Tras realizar visita a la bodega de vencidos se observó que existen medicamentos vencidos que no han sido dados de baja y que hay medicamentos no vencidos almacenados en este lugar.	Farmacia		x	DECRETO 2200 DE 2005
66	Tras realizar visita a la carpa donde se encuentra almacenado algunos de los equipos se evidencio que : -la temperatura en el lugar es alta y no hay ventilación alguna - el lugar no cuenta con entradas que velen por la seguridad del inventario y permiten el fácil acceso y hurto. -se encontraron vectores en las cajas	Farmacia		x	DECRETO 2200 DE 2005

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION			CODIGO: CI-FO-005
				VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA			FECHA: MAR 2021
				PAGINA 16 de 27

67	Ante la confrontación realizada de la información suministrada por el líder de gestión documental se evidencio el cumplimiento del cargue Inventario Único Documental.	Farmacia	x			Procedimiento de CEGDOC
68	Según el manual el director técnico debe coordinar y evaluar desempeño del personal del servicio farmacéutico, pero no se evidencio soporte alguno de las evaluaciones por parte del director técnico.	Farmacia			x	Manual de gestión del servicio farmacéutico DT-MA-033
69	Del panel de indicadores se evidencio que la información suministrada no presenta soportes de los resultados y análisis poco descriptivos.	Central de mezclas			X	Software aplicativo Panel de Indicadores
70	Las hojas de vida de los químicos farmacéutico no cuentan con los soportes completos como lo son los certificados de experiencia y certificados de capacitaciones que sumen las 240 horas requeridas.	Central de mezclas		X		Manual de calidad de central de mezclas parenterales DT-MA-031
71	Tras confrontación de información se evidencio que no se elaboró cronograma	Central de mezclas		X		Manual de calidad de central de mezclas parenterales


	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
					FECHA: MAR 2021
	INFORME DE AUDITORIA				PAGINA 17 de 27

	para la calibración de equipos y documentación de su ejecución para el 2021					DT-MA-031
72	Según el manual se debe diseñar e implementar un instrumento de evaluación del servicio (satisfacción del cliente) y se evidencio que no se ha realizado en el 2021 y 2022.	Central de mezclas		X		Manual de calidad de central de mezclas parenterales DT-MA-031
73	Se evidencia que el profesional de aseguramiento de calidad no realizo auditorías internas según programación a cada uno de los procedimientos de la Central de Mezclas parenterales durante el 2021 y 2022.	Central de mezclas		X		Manual de calidad de central de mezclas parenterales DT-MA-031
74	Se da cumplimiento al alistamiento del área de trabajo y adecuación de medicamentos y se aporta documentación asociada.	Central de mezclas	X			Protocolo alistamiento de áreas, medicamentos e insumos central de mezclas DT-PT-055
75	Dentro del protocolo el formato acta de recepción y entrega de medicamentos de central de mezclas se encuentra incorrectamente codificado como DT-FO-213 y el correcto es DT-FO-248	Central de mezclas			X	Protocolo alistamiento de áreas, medicamentos e insumos central de mezclas DT-PT-055
76	Se cumple correctamente con el alistamiento de documentos de	Central de mezclas	X			Procedimiento de elaboración de Batch record con base a producción

	paquete Batch record según el tipo de adecuación					DT-PR-017
77	De los Planes de Mejoramiento . Tras el seguimiento practicado al aplicativo correspondiente, se evidencia el cumplimiento de las acciones de mejora establecidas, sin embargo se evidenciaron dos acciones Socialización de Protocolo Reportes informes de ortopedia pendientes por cumplir.	Medicina Física y Rehabilitación	X			Aplicativo institucional software Planes de Mejora
78	De los Indicadores de Gestión. Ante la inspección practicada al aplicativo institucional se evidencia, la actualización y consolidación de los análisis (Indicadores) establecidas en el procedimiento auditado, se evidencian los soportes. Cumple.	Medicina Física y Rehabilitación	X			Aplicativo institucional software Planes de Mejora
79	Se realiza inspección a la documentación soporte donde se evidencia el cumplimiento de cada una de las actividades y registros establecidos en el procedimiento FORMATOS: MC- FO-016 - GC-FO-GC002. Revisar la codificación de este formato.	Medicina Física y Rehabilitación			X	Atención de terapia respiratoria en hospitalización, urgencias y unidad de cuidados intensivos DT-PR-013
80	Tras la verificación documental, se	Medicina Física y Rehabilitación	X			Atención de terapia física , terapia ocupacional y


	<p>constató el cumplimiento de cada uno de las actividades y registros aprobados en el procedimiento . Formatos diligenciados : MC-FO-016</p> <p>Consentimiento informado ; DT-FO-201: tarjeta de control de terapias ; DT-FO-322: identificación de la necesidad de apoyo al ingreso y/o uso de tecnología ; Control de asistencia a terapia DT-FO- 308; DT-FO-318 Recepción de informes de terapia ; Lista de chequeo egreso información al usuario continuidad terapias por medicina física y rehabilitación DT-FO- 378. Traslado interno de pacientes HS-PR-023. Ver soportes</p>					<p>terapia Fonoaudiología en consulta externa, hospitalización y urgencias DT-PR-014</p>
81	<p>Se realizó revisión documental y software DGH, donde se evidencia el cumplimiento de cada una de las actividades y registros establecidos a saber : formato de rutina y desinfección de equipos VE-FO-036; identificación</p> <p>Correcta del paciente MC-PT-005 – y Protocolo de Audiología. Ver soportes del protocolo Audiología</p>	Medicina Física y Rehabilitación	X			<p>Atención Audiológica DT-PR-043</p> <p>Atención Audiológica DT-PR-043</p>

82	Se reviso mediante inspección documental el cumplimiento y diligenciamiento de las actividades, recomendaciones, protocolos establecidos con sus respectivos registros. Cumple, ver soportes. Los consentimientos informados se diligencian de manera adecuada y en observancia de la normatividad que incide el diligenciamiento del formato.	Medicina Física y Rehabilitación	X			Protocolos de: Audiología – De intervención fisioterapéutica en: aspiración de secreciones; oxigenoterapias ; traqueostomía y decanulación ; neumonía, lumbalgia, paciente prevariático etc.
83	Se evidencia el cumplimiento de las actividades que aparecen en el procedimiento de gestión de muestras anatomopatológicas, iniciando con la recepción de la muestra con la orden médica hasta la disposición final de las muestras.	patología	X			procedimiento Gestión de Muestras anatomopatológicas
84	En el procedimiento de Traslado, depósito y entrega de cadáveres, se evidencia no conformidad en la actividad N° 23: Entrega de cadáver a la Entidad Universitaria, fundación o alcaldía municipal; en razón que a la fecha existen 7 cadáveres con fecha de seis meses, que no han	patología		X		Procedimiento de traslado, depósito y entrega de cadáveres

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 21 de 27


	sido reclamados por familiar y el procedimiento dice que la permanencia máxima es de 15 días del cadáver en la Institución; a la fecha se encuentra en trámite la entrega de los mismos				
85	El procedimiento de Traslado, depósito y entrega de cadáveres requiere de actualización.	patología		X	Procedimiento de traslado, depósito y entrega de cadáveres
86	El procedimiento de traslado, depósito y entrega de cadáveres, los cuales presentaron durante el proceso de su atención clínica síntomas sugestivos de enfermedad por covid-19. Revisar la pertinencia de acuerdo al ajuste del protocolo.	patología		X	Procedimiento, de traslado depósito y entrega de cadáveres
87	<u>Plan de mejoramiento:</u> Aunque se evidencia el cumplimiento de las acciones generadas para planes de mejoramiento, los mismos no fueron cargados en la plataforma 2021.	patología		X	Planes de mejoramiento
88	<u>Indicadores:</u> El índice de rentabilidad / facturación servicio de patología durante el 2021 presenta una calificación de regular con 1.23 dentro del rango, siendo la meta 1.89; de igual manera el indicador no fue	patología		X	Aplicativo institucional software Planes de Mejora

	diligenciado durante el último trimestre de la vigencia en mención; la información correspondiente al año 2022 no ha sido diligenciado, en lo transcurrido del año; lo que genera una no conformidad					
89	<u>Indicadores:</u> El Indicador de oportunidad en la entrega de resultados de estudios de especímenes quirúrgico en el laboratorio de patología durante el 2021 obtuvo una calificación de buena con 11.12, días, siendo la meta menor a 15 días, evidenciándose mejora en comparación con el año anterior que tenía una calificación de mala con 23.64 días.	patología	X			Aplicativo institucional software Planes de Mejora
90	El protocolo para vigilancia radiológica presenta observación en razón que la actualización debe hacerse mínimo cada (2) años y se encuentra desde el 2019.	Imagenología			X	Protocolo para vigilancia radiológica
91	Se requiere actualización del Guía para el buen uso del dosímetro, ya que se encuentra desde el 2019.	Imagenología			X	Guía para el buen uso del dosímetro
92	Se observó en el Protocolo de	Imagenología		X		Protocolo de Administración de

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA				FECHA: MAR 2021
					PAGINA 23 de 27

	Administración de medios de contraste: no cumplimiento con el numeral 7.1 procedimiento para la administración de medio de contraste en radiología, ya que se encontraron sin firmar por parte del profesional varios consentimientos informado que realizo el procedimiento.					medios de contraste
93	<u>INDICADORES:</u> el índice de rentabilidad/facturación servicio de Imagenología no se encuentra diligenciados en lo transcurrido del 2022, siendo la periodicidad mensual	Imagenología		X		Aplicativo institucional software Planes de Mejora
94	<u>INDICADORES:</u> el índice de rentabilidad / facturación servicio de Imagenología durante el 2021 presenta no conformidad en razón que no se encuentra diligenciado el último trimestre del año en mención.	Imagenología		X		Aplicativo institucional software Planes de Mejora
95	Tras la verificación de la documentación del proceso se evidencio la Recepción, valoración del paciente en el área de radioterapia.	Radioterapia	X			Apoyo diagnóstico y terapéutico Fisioterapeuta - Procedimiento De Radioterapia DT- PR-018
96	Se constató en la inspección ocular realizada que se lleva a cabo y cumple con el diligenciamiento del	Radioterapia	X			Procedimiento De Radioterapia DT- PR-018


	consentimiento informado.					
97	Constatado en la inspección ocular se soportó que se hace la recepción de la Facturación del tratamiento y Se asigna cita y se entrega indicaciones (en caso de que amerite preparación).	Radioterapia	X			Procedimiento De Radioterapia DT-PR-018
98	Durante la inspección ocular se constató que hay tres inmovilizadores, Cabezal Acrílico B encontrándose en mal estado, perjudicando a la planeación y ejecución del procedimiento de radioterapia.	Radioterapia		X		Procedimiento De Radioterapia DT-PR-018
99	En el numeral 5.8 del manual de radioprotección, se mencionan las zonas controladas y vigiladas, deben estar delimitadas adecuadamente y señalizadas de forma que quede de manifiesto el riesgo de exposición, se utiliza un símbolo internacional: un "trébol" enmarcado por forma rectangular del mismo color del símbolo, el cual solo se evidencia el trébol de color rojo para las	Radioterapia		X		Procedimiento De Radioterapia DT-PR-018

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION				CODIGO: CI-FO-005
					VERSION: 3
					FECHA: MAR 2021
	INFORME DE AUDITORIA				PAGINA 25 de 27


	zonas de acceso prohibido, generándose una no conformidad; en razón que no se evidencia zona vigilada: trébol color gris azulado; zona controlada : trébol de color verde.					
100	Se constató la recepción, Valoración Médica y diligenciamiento de Consentimiento Informado del paciente en el área de Oncología Clínica	Oncología	X			Apoyo Diagnostico servicio- Oncología –Farmacia DT-PR-024
Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda						

RECOMENDACIONES:

- Realizar la entrega total de cadáveres existentes a la Entidad Universitaria, fundación o alcaldía municipal, en cumplimiento de la actividad N°23 del procedimiento de Traslado, depósito y entrega de cadáveres.
- Revisar y actualizar el procedimiento de Traslado, depósito y entrega de cadáveres
- Revisar y actualizar el procedimiento: de traslado, depósito y entrega de cadáveres, los cuales presentaron durante el proceso de su atención clínica síntomas sugestivos de enfermedad por covid-19; según cambios y ajustes realizados .
- Cargar en la plataforma de Planes de mejoramiento las acciones generadas durante el 2021 de todas las áreas.
- Realizar el correspondiente diligenciamiento del índice de rentabilidad / facturación de todos los servicios durante las vigencias 2021 y 2022.

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 26 de 27

- Realizar el respectivo diligenciamiento de los consentimientos informados que se encuentran pendientes por firmar por parte de los profesionales en radiología.
- Revisar y diligenciar los formatos, documentos y carpetas de los archivos de radioterapia y oncología
- Revidar los procedimientos de radioterapia, actualízalos según últimos cambios y ajustes realizados por el ministerio y el IDS, ya que en la auditoria se evidenció que habían algunas modificaciones.
- Generar un mecanismo que permita visualizar en el módulo de asignación de citas DGH, un informe que de evidencia de las citas reasignada o te atención posquirúrgica.
- Dar cumplimiento al cargue Inventario Único Documental de las áreas o servicios que faltan.
- Registrar en el formato DT-FO-048 las temperaturas de las tres comidas del día en el servicio de Nutrición.
- Revisar cuales son las neveras, tanques y demás equipos que registren temperaturas a más de 4°C que necesiten mantenimiento o cambio alguno en el servicio de Nutrición.
- Realizar la gestión correspondiente respecto a los elementos de aseo que se encuentran en las cocinas periféricas de cada uno de los pisos.
- Gestionar el cambio del equipo “pela papa” que atenta con las salud física de los colaboradores del servicio de alimentación.
- Diligenciar correctamente y a tiempo los formatos de Control de temperatura y humedad de laboratorio clínico y banco de leche.
- Diligenciar con datos verídicos el formato semanal de hemocomponentes DT-FO-032 del Banco de Sangre.
- Notificar a la EPS correspondiente sobre el paciente politransfundidos en el servicio de Banco de Sangre.
- El servicio de enfermería debe medir el nivel de adherencia del manual con el formato TH-FO-025 en conjunto con Talento Humano.
- El servicio de enfermería debe velar por la toma de muestreo correcto en las rondas de seguridad del paciente.
- Solicitar formalmente capacitaciones a Biomédica para certificar el mantenimiento de

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-005
		VERSION: 3
	INFORME DE AUDITORIA	FECHA: MAR 2021
		PAGINA 27 de 27

equipos por parte del servicio de enfermería.

- Ejecutar en su totalidad el procedimiento de seguimiento farmacéutico DT-PR-009.
- Gestionar planes de acción para los hallazgos encontrados en cada una de las farmacias satélite, bodega principal, carpa y cancha.
- Revisar y gestionar los hallazgos presentados en los carros de paro de cada uno de los servicios.
- Presentar los cronogramas de calibración de equipos durante las vigencias correspondientes de Central de Mezclas.
- Diseñar e implementar un instrumento de evaluación del servicio en Central de Mezclas.
- Realizar las auditorías internas especificadas en el manual de calidad de Central de Mezclas.
- Los hallazgos originados de las respectivas auditorias, es necesario realizar el cargue en la plataforma de los planes únicos de mejoramiento PUM, así mismo realizar el seguimiento respectivo hasta la verificación del cumplimiento.

Dongette C.

ELABORADO POR

[Signature]
APROBADO POR