

**SEÑORES  
JUNTA DIRECTIVA  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE  
SALUD SUR E.S.E.  
Aten.: Dra. CRISTINA DE LOS ANGELES  
LOSADA FORERO  
Presidente de la Junta Directiva  
Bogotá D.C.**



**INFORME DE REVISORIA FISCAL,  
SEPTIEMBRE DE  
2017**

Señores

**PRESIDENTE Y MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA Y GERENTE  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR E.S.E.  
Bogotá D.C**

**Respetados señores:**

Me permito presentar el desarrollo de la revisión y análisis a la información financiera, asistencial y gestión realizada por la Administración de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**, a 30 de Septiembre de 2017, basada en la información entregada oficialmente por la Entidad a esta Revisoría Fiscal.

Es de anotar que en la medida que transcurría el análisis de la información y sus respectivos procesos, presentamos a cada uno de los funcionarios entrevistados los resultados de nuestras Auditorias y a su vez presentamos nuestros informes a los jefes o líderes de los respectivos procesos en la medida en que sus agendas lo permitieron, antes de entregarse el "Informe Preliminar" a la alta Gerencia para su análisis definitivo cuya fecha de radicación fue el día 19 de Octubre de 2017, siendo recibidas las respuestas de la Administración al mismo informe el 8 de Noviembre de 2017, para luego ser entregado a la Junta Directiva para lo de su competencia.

Respecto a las respuestas de la Gerencia, esta Revisoría Fiscal las analizo en su contexto, pero dado que las mismas no presentaban un juicio valido o sustancial para ampliar o aclarar el contenido del resultado de nuestras auditorias, el informe quedo tal como lo presentamos originalmente, indicando en cada caso en donde se presentaron las aclaraciones, que el informe no variaba en razón del respectivo comentario.

**Atentamente,**



**PEDRO A. BARRETO ALFONSO**  
Revisor Fiscal; C.P.T. No. 23.617-T  
CONSULCONTAF LTDA.  
CR. 7ª N°. 123 – 24 Of. 501

Bogotá D.C. Noviembre 09 de 2017  
File-SUBRS-051-2017

# CONTENIDO

Paginas

<b>1.</b>	<b>AUDITORIA ADMINISTRATIVA</b>	<b>06</b>
1.1	REVISIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	07
1.1.1	FORTALEZAS IDENTIFICADAS	07
1.1.2	REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS	07
1.1.3	RECOMENDACIONES	09
1.1.4	ACCIONES DERIVADAS DE AUDITORIAS PREVIAS	10
<b>2.</b>	<b>AUDITORIA CALIDAD Y ACREDITACION</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>AUDITORIA DE SISTEMAS DE INFORMACION</b>	<b>19</b>
3.1	RESULTADOS DE LA AUDITORIA POR ESCENARIOS DE RIESGO	21
3.1.1	RESUMEN DE LA PROTECCION EXISTENTE Y EL RIESGO RESIDUAL	21
3.2	SITUACION DE LA PROTECCION EXISTENTE POR ESCENARIOS DE RIESGO	23
3.3	OPINION GENERAL DE LA AUDITORIA	40
<b>4.</b>	<b>AUDITORIA MEDICA</b>	<b>43</b>
4.1	INFORME INDICADORES III. AREA DE GESTION CLINICA O ASISTENCIAL	43
4.1.1	INDICADOR No 12	44
4.1.2	INDICADOR No 13	45
4.1.3	INDICADOR No 14	45
4.1.4	INDICADOR No 15	46
4.1.5	INDICADOR No 16	47
4.1.6	INDICADOR No 17	48
4.1.7	INDICADOR No 18	48
4.1.8	INDICADOR No 19	49
4.1.9	INDICADOR No 20	49
4.1.10	INDICADOR No 21	50
4.1.11	INDICADOR No 22	51
4.1.12	INDICADOR No 23	51
4.1.13	INDICADOR No 24	52
4.1.14	INDICADOR No 25	52
4.1.15	INDICADOR No 26	53
4.1.16	INDICADOR No 27	54
4.1.17	INDICADOR No 28	54
4.1.18	INDICADOR No 29	55
4.1.19	INDICADOR No 30	55
4.2	CONCLUSIONES	56
4.3	RECOMENDACIONES	57
<b>5.</b>	<b>AUDITORIA FINANCIERA Y CONTABLE</b>	<b>58</b>
5.1	AUDITORIA FINANCIERA	60
5.1.1	BANCOS	60
5.1.2	CUENTAS BANCARIAS CON PARTIDAS CONCILIATORIAS A JULIO 2017	65
5.1.3	FACTORES DE RIESGO	67
5.1.4	PROPUESTA DE MEJORAMIENTO	67
5.2	AUDITORIA TRIBUTARIA	69

5.2.1	RETENCION EN LA FUENTE E ICA	69
5.3	AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	71
5.3.1	TRABAJO DE CAMPO	71
5.3.1.1	VISITA USS TUNAL AREA DE TESORERIA	71
5.3.2	VERIFICACION DE DOCUMENTOS PARA LA FIRMA	75
5.3.2.1	PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL	75
5.3.2.2	CERTIFICACIONES	75
5.3.3	CONCLUSION	76
<b>6.</b>	<b>AUDITORIA JURIDICA</b>	<b>78</b>
6.1	RESULTADOS PRELIMINARES DE LA AUDITORIA	78
6.2	ANALISIS CONTRATACION SUBRED SUR E.S.E.	79
6.3	RECOMENDACIÓN AUDITORIA	83
<b>7.</b>	<b>AUDITORIA ASISTENCIAL</b>	<b>88</b>
7.1	VISTA HERMOSA	89
7.2	MEISSEN	92
7.3	CANDELARIA	96
7.4	ABRAHAM LINCON	99
7.5	TUNJUELITO	105
7.6	TUNAL	108
7.7	HALLAZGOS GENERALES	110
7.8	CONCLUSIONES	111
<b>8</b>	<b>AUDITORIA DE GESTION</b>	<b>112</b>
8.1	PRODUCCIÓN	114
8.1.1	CUADRO 1. CONSULTA MEDICINA GENERAL	115
8.1.2	CUADRO 2. CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA	115
8.2	HOSPITALIZACIÓN	116
8.2.1	HOSPITALIZACIÓN EGRESOS	116
8.3	URGENCIAS	116
8.3.1	CUADRO 4. CONSULTA MEDICINA GENERAL URGENCIAS	117
8.3.2	CUADRO 5. OBSERVACIÓN URGENCIAS EGRESOS	117
8.4	CIRUGÍA	118
8.4.1	CUADRO 6. TOTAL CIRUGÍAS REALIZADAS	118
8.4.2	CUADRO 7. CIRUGIAS REALIZADAS. GRUPO QUIRÚRGICOS	118
8.5	PARTOS Y CESÁREAS	119
8.5.1	CUADRO 7. PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS	120
8.6	SALUD ORAL	120
8.6.1	CUADRO 8. TRATAMIENTOS TERMINADOS	120
8.7	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	120
<b>9.</b>	<b>AUDITORIA DE GESTION AMBIENTAL</b>	<b>123</b>
<b>10.</b>	<b>CONCLUSIONES GENERALES SOBRES LAS AUDITORIAS REALIZADAS</b>	<b>125</b>

# 1. AUDITORIA ADMINISTRATIVA

## **1. AUDITORÍA ADMINISTRATIVA – AUDITORIA DE GESTION:**

PLAN DE AUDITORIA	ADMINISTRATIVA – AUDITORIA DE GESTION
ITEM DEL CONTRATO	LITERAL A, LITERAL B. LITERAL G
PARTICIPANTES	✓ Wendy Ropaín (Auditor Administrativo) ✓ Pedro Barreto (Revisor Fiscal)
HORAS MES	90

### **INTRODUCCIÓN**

En el marco de la constitución de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, y del desarrollo de la gestión realizada a la fecha, se hace necesaria la revisión del cumplimiento de su misión de acuerdo a las normas aplicables para el efecto y al valor agregado de sus procesos, teniendo en cuenta su naturaleza y su esfuerzo por mejorar la estructura administrativa y de gestión.

### **OBJETIVO**

Verificar el grado de avance de las actividades alineadas a su Plan de Gestión y la consolidación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

### **ALCANCE**

Desde este ciclo de auditoria enmarcadas en el contrato No SSISS – 162 - 2017 se revisarán los avances de acuerdo a las políticas y procedimientos implementados en el proceso de Gestión del Talento Humano, para así contribuir a la mejora continua de los procesos y en el fortalecimiento de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.

### **FUENTES DE INFORMACIÓN**

La información base de este informe fue suministrada por la Administración de la de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur relacionada con los procedimientos establecidos para el proceso de Gestión del Talento Humano, así como la normatividad interna y externa aplicable.

## 1.1 REVISIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

### • COMPONENTE DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO

#### 1.1.1 FORTALEZAS IDENTIFICADAS

- La disposición y apertura por parte del proceso para llevar a cabo la auditoría administrativa como aporte al valor agregado en el desarrollo de las actividades.
- Se resalta el levantamiento de procedimientos aplicables al proceso y su socialización en la Institución.
- La implementación de la metodología del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) como herramienta de gestión del proceso y que se encuentra documentada en cada uno de los procedimientos.
- El abordaje de los riesgos como instrumento de análisis para la optimización y eficiencia del proceso, desde el punto de vista operativo (teniendo en cuenta la magnitud de la estructura de la Subred) y desde el punto de vista de manejo de los recursos.
- El fortalecimiento de los subprocesos de gestión de talento humano con el fin de garantizar el alcance del proceso y apoyo al recurso humano en todas las unidades de servicios de salud.
- La alineación de la planificación del proceso en cuanto al objetivo del Plan de Desarrollo Institucional "*Garantizar el manejo eficiente de los recursos que aporten a la implementación del modelo de atención en red*" y su apoyo a la gestión en lo con el relacionado al talento humano.

#### 1.1.2 REVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS


- **Procedimiento Plan de Capacitación:** Se encuentra estructurado de manera que se alinea con políticas de orden distrital y nacional en pro del desarrollo del recurso humano que integra la Subred Sur, se recomienda indicar un periodo durante el año como línea base para la aprobación del Plan Anual de Capacitación.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</p>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>PLAN DE CAPACITACION</b>	<b>GH-PER-PPP-02-V1</b>

- Procedimiento Selección de Planta:** El procedimiento en mención no se encuentra controlado ni cuenta con fecha de aprobación, entretanto se desconoce de la vigencia y aplicación del mismo. Se destaca la inclusión de los lineamientos asociados a la Comisión Nacional del Servicio Civil para términos de la transparencia del proceso.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>PROCESO DE SELECCIÓN DE PLANTA</b>	<b>XXXXXXXXXXXXXX</b>


- Procedimiento identificación de peligros, valoración de riesgos, determinación y seguimiento de controles:** Se destaca el levantamiento de éste procedimiento en cuanto a su sincronía con el sistema de Salud y Seguridad en el trabajo; se recomienda incluir actividades concernientes a Reingeniería en cuanto a la aprobación y asignación de recursos financieros que surtan cambios para mitigar los riesgos identificados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, VALORACIÓN DE RIESGOS, DETERMINACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONTROLES</b>	<b>GH-SST-PR-01-V1</b>

- Reporte e investigación de incidentes y accidentes:** Se recomienda incluir anexo para el tratamiento de otros posibles incidentes o riesgos asociados al personal de las áreas asistenciales de la subred.


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES</b>	<b>GH-SST-PR-03-V1</b>

- Plan de bienestar e incentivos:** Integra el bienestar del trabajador con el de su familia y se destaca la participación de los funcionarios en la aplicación de encuesta de necesidades y expectativas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS VIGENCIA 2017</b>	<b>GH-PER-PPP-01-V1</b>



- **Procedimiento manejo al cambio:** Se recomienda incluir una actividad asociada con la socialización de los cambios que generen impacto en la Subred o en una de sus unidades de servicios de salud.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>MANEJO DEL CAMBIO</b>	<b>GH-SST-PR-02-V1</b>

- **Procedimiento sistema general de participaciones:** El procedimiento está establecido como buena práctica de la Subred para el saneamiento por concepto de aportes patronales financiados con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, cesantías, pensiones y riesgos laborales en pro de la optimización de los recursos.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES</b>	<b>GH-SCO-PR-07-V1</b>

- **Procedimiento examen de ingreso y egreso:** El procedimiento propone las recomendaciones dadas por el médico de salud y seguridad en el trabajo, sin embargo es importante determinar un método mediante el cual realizar el seguimiento a dichas recomendaciones y evitar la afectación de la salud del funcionario.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E</b>	
	<b>EXAMEN DE INGRESO Y EGRESO</b>	<b>GH-SST-PR-04-V1</b>

### 1.1.3 RECOMENDACIONES

- Verificar la codificación, aprobación y versión final de los documentos (procedimientos y formatos) de consulta e implementación a los funcionarios de la Subred.
- Fortalecer el canal de socialización de los procedimientos asociados al proceso de Gestión del Talento Humano.
- Alinear los requerimientos de las matrices de riesgos de salud y seguridad en el trabajo en temas de ingeniería, con los requerimientos

de recursos financieros y/o presupuestales en los que se requiera una modificación significativa en cuanto a infraestructura y recursos físicos y/o tecnológicos para la mitigación de riesgos.

- Las actividades relacionadas con la gestión de la evaluación del desempeño, deben encontrarse detalladas con la periodicidad específica y en caso de encontrarse asociada al procedimiento del plan de capacitación, detallar cuál es el seguimiento dentro del contexto y cómo se asocia con las metas asignadas a cada funcionario.

#### **1.1.4 ACCIONES DERIVADAS DE AUDITORIAS PREVIAS**

En lo relacionado con el componente de Desarrollo Humano se evidenció lo siguiente:

- ❖ **Observaciones informe RM -3953-16:** *Se evidencia en la hoja de ruta con corte a octubre de 2016, que los manuales de funciones de la Subred se encuentran en proceso de elaboración. Actualmente se está desarrollando con el apoyo de la Secretaria Distrital De Salud y el Departamento Administrativo Del Servicio Civil Distrital, la primera etapa de diseño de la estructura organizacional.*

Con corte a febrero de 2017 el manual de funciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se encontraba en elaboración.

Entretanto a partir del periodo objeto de estudio, se pudo evidenciar que el manual de funciones de encuentra culminado documentalmente y aprobado el día 5 de abril de 2017.

- ❖ **Observaciones informe RM-3953-16** *“Se evidencia que las anteriores Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaria Distrital de Salud que fueron fusionadas para integrar la Subred Sur cuentan con Códigos de Ética, no obstante la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. no posee un Código de ética unificado que le ayude a establecer el estándar de conducta necesaria de los funcionarios para la consecución de los nuevos objetivos institucionales.”*

El código de ética y buena conducta se encuentra en proceso de elaboración y aprobación.

- ❖ **“Observaciones informe RM -3953-16:** *Se evidencian ejecutados en la hoja de ruta los planes de bienestar, capacitación, inducción y re-inducción, a la espera de su aprobación y divulgación. ”*

Se encuentra aprobado el plan de bienestar e incentivos para el año 2017 documentado en un procedimiento, así como su plan de

capacitación con una ejecución aproximada del 75% y aprobado a partir del mes de marzo de 2017 en lo que va corrido del año teniendo en cuenta un trimestre por ejecutar de la presente vigencia.

### **Validaciones pendientes por ejecutar dentro del proceso de Gestión de Talento Humano.**

- Verificación de estándares mínimos asociados a mejoramiento continuo y lineamientos de acreditación en salud: Si bien la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur, no se encuentra acreditada, debe propender por enfocar sus estándares en dicho proceso, por lo cual, de acuerdo con la Resolución 1043 de 2006, la Institución debe mantener mecanismos para verificar la idoneidad, formación y entrenamiento del personal vinculado, a través de la verificación, consolidación y custodia de las hojas de vida de los funcionarios.
- Revisión de la aplicación de las novedades de nómina centralizadas en el proceso, en lo concerniente a incapacidades, vacaciones, permisos, entre otras.
- Revisión de los resultados de las mediciones de los indicadores de gestión y de resultados asociados al proceso.
- Requerimiento de la Junta Directiva en relación a verificación de pago de honorarios acordes a las condiciones contractuales.

Este informe está pendiente de socializar con la Jefe de Talento Humano por agenda, dado que la respectiva cita se dio para el jueves 19 de octubre.

## **2. AUDITORIA DE CALIDAD Y ACREDITACION**

## 2. AUDITORIA DE CALIDAD Y ACREDITACION:

PLAN DE AUDITORIA	AUDITORIA DE CALIDAD Y ACREDITACION
ITEM DEL CONTRATO	CLAUSULA CUARTA / Literal B.J
INFORME FRECUENCIA	BIMESTRAL
PARTICIPANTES	✓ AUDITOR DE CALIDAD - JAIME ALFONSO GODOY CATELBLANCO
HORAS MES	90

### INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD A LA RED DE SERVICIOS

Auditoría de primera vez:   x  

Auditoría de seguimiento:

<b>Objetivo de la auditoria:</b>	Realizar auditoria de calidad con el fin de verificar los requisitos mínimos de habilitación y estándares de calidad exigidos en la actual normatividad.
<b>Auditor responsable:</b>	JAIME ALFONSO GODOY CASTELBLANCO Especialista en sistemas de garantía de la calidad y auditoria de servicios de salud

SERVICIOS AUDITADOS:	RESPONSABLE DEL SERVICIO EN LA : E.S.E.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Área administrativa</li> <li>• Área de almacenamiento de líquidos endovenosos</li> <li>• Área de almacenamiento de nutriciones enterales y parenterales.               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Área de almacenamiento de medicamentos                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• USS Candelaria</li> <li>• Farmacia USS de Meissen</li> <li>• USS Abraham Lincon</li> </ul> </li> <li>• USS Vista Hermosa ambulatorio hospitalario</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">OSWALDO MARTINEZ COORDINADOR DEL ALMACEN GENERAL</p> <p style="text-align: center;">GLORIA INES GALLO TIBADUIZA DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS</p>

**Nota:** en la columna de resultados incluir los siguientes criterios:

<b>c:</b> cumple	<b>nc:</b> no cumple	<b>om:</b> oportunidad de mejora
------------------	----------------------	----------------------------------



#	Servicio Auditado	Hallazgos	Resultado
	ambulatorias		
	USS candelaria	Medicamentos faltantes en el Cap Candelaria mebendazol, corticoide+neomicina+polimixina solución oftálmica, levotiroxina, sulfato de hierro jarabe, No se observa control de temperatura y humedad de los días 4 y 5 de oct	om om
	Farmacia USS de Meissen	No se cuenta con los siguientes medicamentos en farmacias: insulina detemir, dipirona 2.5 mg amp, palidisumat, penicilina de 2400 mg nistatina suspensión y omeprazol tabletas.	om
	USS Abraham Lincon	Los techos y paredes de la farmacia no cumplen con superficies de fácil limpieza y desinfección, se observan en deterioro y sucios. Auditando los medicamentos pendientes del 1 al 29 de septiembre se observa que de los 40.235 medicamentos que quedaron pendientes no se entregó ninguno. incumplimiento 100% del pendiente	om nc
	USS Vista Hermosa ambulatorio hospitalario	Auditando los medicamentos pendientes del 1 al 29 de septiembre se observa que de los 15.418 medicamentos que quedaron pendientes se entregó 1.023 medicamentos. incumplimiento 93% de pendiente	nc
	Área de almacenamiento de líquidos endovenosos	No se realiza control de temperatura y para los días 20 y 21 de septiembre no se observan registros Se observan estibas en madera las cuales no se deben utilizar ya que no son de fácil limpieza y desinfección, generando un ambiente propicio para la proliferación de microorganismos Esta área se encuentra a menos de 20 metros de la entrada del almacenamiento de desechos biológicos.	om om nc
	Área de almacenamiento de nutriciones enterales y parenterales	La vía de acceso para la entrada y salida de líquidos no es de fácil acceso, ya que el piso no es plano cuenta con baches "huecos" que impiden un fácil desplazamiento de los medicamentos para su distribución. Al mes se distribuyen aproximadamente 25 toneladas de medicamentos; diario es casi una tonelada No se observa realización de control de temperatura y humedad, no llevan formato establecido para el mes en curso	om om
	Área de almacenamiento de medicamentos	Sus paredes y techo no son de fácil limpieza y desinfección se observan paredes con deterioro, desportilladas, pintura en mal estado y parte del techo en madera, propiciando un ambiente adecuado para la proliferación de microorganismos	nc

**CONCEPTO DE AUDITORIA:**

El Almacén Central de la Subred Sur (USS Tunal) cumple con requisitos mínimos de habilitación, aunque se observan debilidades en los siguientes aspectos:

El día anterior y el día de la auditoria no se habían registrado los controles de temperatura y humedad en el almacén de líquidos endovenosos. "se observa control de meses anteriores"

No se lleva control de temperatura y humedad en el almacén de nutriciones enterales y parenterales, no se observa formato diligenciado.

Utilizan algunas estibas de madera, parte del techo del almacén de medicamentos es en madera y otra parte está en mal estado, al igual que sus paredes no permiten una buena limpieza y desinfección.

Al no contar con un proceso o procedimiento que garantice la cadena de frio se corre el riesgo que los medicamentos pierdan su viabilidad en caso de cortes de la energía eléctrica.

La vía de acceso al área de almacenamiento de líquidos endovenosos y nutriciones enterales y parenterales se encuentra en mal estado, y está cerca al depósito de desechos biológicos poniendo en riesgo de contaminación lo almacenado.

Las sedes auditadas USS Candelaria, farmacia USS Vista Hermosa, farmacia hospitalaria de la USS Meissen cumple con requisitos mínimos de habilitación.

Las USS Abrahán Lincoln no cumple con requisitos mínimos de habilitación ya que las superficies de sus paredes y techos no permiten una fácil limpieza y desinfección; se observan en deterioro y sucios.

No se cuenta con un plan de contingencia que garantice la disponibilidad permanente de los diferentes medicamentos o la entrega total de los medicamentos, desde el momento de la primera solicitud, el porcentaje de incumplimiento de entrega de medicamentos pendientes para la USS Vista Hermosa es de un 93 % y la USS Abrahán Lincoln es de un 100%.



### RECOMENDACIONES

- Realizar un proceso o procedimiento que garantice la cadena de frío en caso de cortes de la energía eléctrica.
- Garantizar el control diario de temperatura y humedad de las diferentes áreas de las farmacias, realizando su correspondiente registro.
- Utilizar estibas de material que permita una fácil limpieza y desinfección
- Garantizar que el área de farmacia no esté cerca al depósito de desechos biológicos.
- Realizar los ajustes necesarios para que la vía de acceso y distribución de los diferentes líquidos permita un tránsito adecuado de estas soluciones.
- Realizar los mantenimientos necesarios en las paredes y techos del área de almacenamiento de medicamentos garantizando una fácil limpieza y desinfección de esta área.
- Realizar un plan de contingencia que garantice la disponibilidad permanente de los diferentes medicamentos o la entrega total de los medicamentos desde el momento de la primera solicitud.
- Realizar y socializar una guía que garantice la información sobre el uso adecuado de los medicamentos por parte del funcionario de farmacia.
- Implementar un programa y su procedimiento para la auditoria interna de acuerdo a un cronograma definido.
- Realizar periódicamente las reuniones de comité de farmacia de acuerdo con lo establecido en su conformación (mensualmente).

**Firma y Nombre del auditor responsable:**

**JAIME ALFONSO GODOY CASTELBLANCO**  
**Especialista en sistemas de garantía de la calidad**  
**y auditoria de servicios de salud**

Original: auditado.	Primera copia: Gerencia Regional /Departamental	Segunda copia: Archivo Nacional Auditoria de Calidad
---------------------	---	--

# **3. AUDITORIA DE SISTEMAS DE INFORMACION**

### 3. AUDITORIA DE SISTEMAS DE INFORMACION:

PLAN DE AUDITORIA	AUDITORIA DE SISTEMAS DE INFORMACION
ITEM DEL CONTRATO	CLAUSULA CUARTA – LITERAL i)
INFORME - FRECUENCIA	BIMESTRAL
PARTICIPANTES	✓ AUDITOR DE SISTEMAS – YENCY QUINTERO
HORAS MES	90

La Revisoría Fiscal se permite presentar el alcance del trabajo de Auditoria para La Oficina de Sistemas de Información TIC, la base del análisis y procedimientos detallados de toda la información recopilada y emitida en el presente informe, que en nuestro criterio son razonables.

La Auditoría como el plan inicial se llevará a cabo durante 11 meses, en este momento como informe bimestral se entrega primer Informe donde se mantendrá visitando las Unidades de Vista Hermosa, Tunjuelito y Tunal ya que son transversales para nuestra Auditoria.

En estos meses de Agosto y Septiembre de 2017 Visitamos las Unidades con un muestreo en áreas y/o servicios de la siguiente manera:

- **USS VISTA HERMOSA:** Oficina de Sistemas de Información TIC, Gestión de la Información, Infraestructura, Sistema de Información, Redes y Seguridad, Odontología, Coordinación Medica, Farmacia, Laboratorio, Enfermería partos, Enfermería Adultos, Admisiones.
- **USS TUNAL:** Farmacia Medicamentos no POS, Farmacia Inventarios.
- **USS SAN JUAN:** Admisiones, Facturación, Trabajo social, Laboratorio, Consultorio, Redes.
- **UNIDAD NAZARETH:** Validación Redes, Facturación, Farmacia, Odontología, se realizó con el fin de alcanzar unos objetivos claramente propuestos como son:

#### OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

- Obtener una visión global de la Oficina de Sistemas de Información TIC.
- Entender el entorno de software básico, identificando las seguridades, ventajas y desventajas que ofrecen en las Unidades Visitadas.
- Conocer la organización y los procedimientos de los servicios que ofrece el área de Sistemas y Comunicaciones.

- Conocer los recursos con que cuenta las Unidades visitadas, en cuanto a infraestructura informática (sistemas, comunicaciones, ofimática).
- Verificar la existencia de políticas de operación, políticas de uso de los equipos, manual de usuarios, sistemas operativos y software instalado con su respectiva licencia, controles preventivos y correctivos de mantenimiento de los computadores y de la red.
- Determinar la habilidad de administración de la Oficina de Sistemas de Información TIC para manejar el proceso administrativo en sus fases de planeación, organización, integración, dirección y control de la misma.
- Verificar controles de almacenamiento masivo de información (Backups), evaluando seguridades en el Centro de Cómputo, así como procedimientos de respaldo en caso de desastre.
- Seguridad de las Bases de Datos, perfiles de usuarios y demás inherentes al proceso.
- Evaluación y análisis de riesgos de seguridad de la información.

### **ALCANCE**

Se revisaran los controles existentes para las amenazas o causas de riesgo identificadas como críticas que podrían afectar la operación, así como el soporte a los procesos misionales y que se pueden presentar en los diferentes escenarios de riesgo (grupo de actividades en las que se podrían materializar las amenazas que dan origen a los riesgos). Estos se han venido validando de acuerdo con las visitas realizadas a las Unidades para este periodo, el detalle de los escenarios y las amenazas que se consideraran se presentan a continuación:

<b>Id</b>	<b>Descripción de los Escenarios</b>
1	Generación y registro de las Transacciones
2	Terminales (clientes) y Comunicación de Datos.
3	Procesamiento y actualización de la base de datos por el software aplicativo
4	Utilización y control de las salidas del sistema de información y otros por parte del usuario
5	Acceso lógico al software aplicativo
6	Plan de contingencias, Backups y pistas de auditoría.
7	Documentación Técnica del área y del Usuario
8	Infraestructura

## **Auditoria de sistemas Basada en Riesgos**

La Auditoría se planea y desarrolla enfatizando en los riesgos inherentes críticos (E: Extremo; A: Alto, M: Moderado, B: Bajo) asociados con los procesos del modelo de operación de la empresa, los procesos de TI o las aplicaciones de computador.

El examen de la Auditoría tiene un enfoque más "proactivo y preventivo", que "reactivo o a posteriori".

El objetivo principal de la auditoría es: "Verificar que los procesos (de negocio o de TI) o sistemas, funcionan con eficiencia, eficacia y estén protegidos apropiadamente contra los riesgos críticos que pueden presentarse.

### **Se considera 2 (Dos) estados de riesgo:**

- **Riesgo Potencial (Inherente):** Riesgo asociado con la naturaleza de los procesos u operaciones de negocio. En su estimación no se tienen en cuenta los controles establecidos.

Punto de partida de la Auditoría: Verificar que la empresa está protegida contra los riesgos potenciales críticos que podrían presentarse.

- **Riesgo Residual:** Riesgo no cubierto por los controles establecidos.

Punto de llegada de la Auditoría: Determinar si el riesgo residual asumido por la Entidad está dentro de niveles tolerables.

## **3.1 RESULTADOS DE LA AUDITORIA POR ESCENARIOS DE RIESGO**

### **3.1.1 RESUMEN DE LA PROTECCION EXISTENTE Y EL RIESGO RESIDUAL**

Se hace énfasis que en este momento que Dinámica Gerencial se divide en Módulos Administrativos y Asistenciales de los cuales no todos aún están implementados:

**Módulos Administrativos** Implementados: Contabilidad, Información financiera NIFF, Tesorería, Cartera, Pagos CxP, Presupuestos oficiales, nómina y talento humano, Gestión gerencial maneja indicadores y Generales (Seguridad, roles, permisos).

*Por Implementar:* Contratación estatal, mantenimiento de activos, archivo central, mantenimiento maquinaria y equipos, gestión de calidad.

**Módulos Asistenciales** Implementados: Inventarios, contratos, citas médicas, admisiones, hospitalización, facturación, historias clínicas.

*Por Implementar:* Promoción y prevención y Preauditoría de cuentas, Laboratorio clínico, producción (Fabricación de productos), programación de cirugías, nutrición y dietas, costos hospitalarios. (Los anteriores se validarán de acuerdo al plan posteriormente en nuestra auditoría)

<b>Id</b>	<b>Escenario</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección</b>	<b>Riesgo Residual</b>
I	Generación y registro de las Transacciones	3: Alto	2:Mejorable	2: Moderado
II	Terminales (clientes) y Comunicación de Datos.	3:Alto	2:Mejorable	3: Alto
III	Procesamiento y actualización de la base de datos por el software aplicativo	3:Alto	3:Insuficiente	3: Alto
IV	Utilización y control de las salidas del sistema de información y otros por parte del usuario	3:Alto	3:Insuficiente	3: Alto
V	Acceso lógico al software aplicativo	3:Alto	1: Apropiado	1: Bajo
VI	Plan de contingencias, Backups y pistas de auditoría.	3:Alto	3:Insuficiente	3: Alto
VII	Documentación Técnica del área y del Usuario, funciones y procesos críticos	3: Alto	2:Mejorable	2: Moderado
VIII	Infraestructura, Redes	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado
	<b>Promedio</b>	<b>3:Alto</b>	<b>2:Mejorable</b>	<b>3: Alto</b>

### Riesgo Residual

<b>Riesgo Inherente</b>	4: Extremo					
	3: Alto	5		2,3,4,6		
	2: Moderado		7,8			
	1: Bajo					
		1: Apropia da	2: Mejorable	3: Insuficiente	4: Deficiente	5: Muy Deficiente
		<b>Protección Existente</b>				

### 3.2 SITUACIÓN DE LA PROTECCIÓN EXISTENTE POR ESCENARIOS DE RIESGO

<b>Escenario I. Generación y registro de las Transacciones</b>				
<p>(<b>UNIDAD VISTA HERMOSA:</b> Oficina de Sistemas de Información TIC, Gestión de la Información, Infraestructura, Sistema de Información, Redes y Seguridad, Odontología, Coordinación Medica, Farmacia, Laboratorio, Enfermería partos, Vacunación PAI, Enfermería Adultos, Admisiones. <b>UNIDAD TUNAL:</b> Farmacia Medicamentos no POS, Farmacia Inventarios, <b>UNIDAD SAN JUAN:</b> Admisiones, Facturación, trabajo social, laboratorio, consultorio. <b>UNIDAD NAZARETH:</b> Validación Facturación, Farmacia, Odontología)</p>				
<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>1</b>	No dar CUMPLIMIENTO a la normatividad establecida para gestionar las solicitudes relacionadas con usuarios, roles, permisos, etc. (Aplicar los procedimientos establecidos que se necesitan para gestionar las solicitudes, por ejemplo la mesa de ayuda).	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado
	<b>Promedio</b>	<b>3:Alto</b>	<b>2:Mejorable</b>	<b>2: Moderado</b>

#### Hallazgos y recomendaciones

<b>Id</b>	<b>Hallazgo</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>1.1</b>	<p><i>Observación:</i> (Para la Oficina de Sistemas de Información). En las Unidades de San Juan, Nazareth no Manejan GLPI, los usuarios todo lo manejan por medio de llamadas o correos a la Oficina de Sistemas de Información TICs.</p> <p>Y Algunos usuarios del Tunal y Vista Hermosa a nivel administrativo y Asistencial no manejan la mesa de ayuda para solicitudes.</p>	<p>A pesar del control que se verifico en la Oficina de Sistemas de Información en que ingresan todo al GLPI asi sea lo solucionado por teléfono o por correo para que quede todo en el sistema, se recomienda hacer campaña exhaustiva conjuntamente con las otras áreas y servicios en culturizarlos para que todos los usuarios envíen sus solicitudes por GLPI (La mesa de ayuda) adecuada para recibir solicitudes de toda la Subred Sur y poder manejar trazabilidad de servicios y verificar indicadores.</p>

<p><b>1.2</b></p>	<p><i>Observación:</i> (Para la Oficina de Sistemas de Información). Se evidencia en la visita realizada el 30 de Agosto, al solicitar el informe detallado del mes de Julio de 2017 que nos presenta la Oficina de Sistemas que no se tiene detalle de tiempos por tipo de caso.</p> <p><i>Hallazgo:</i> Se evidencia el caso 25443 se anexa pantallazo esta desde Marzo de 2017, se supera tiempo de respuesta para dar cumplimiento al requerimiento. Caso 23365 en espera, y existe uno para cerrar que la usuaria no lo ha realizado desde el mes de Marzo se validaría por parte de la ingeniera porque no lo ha cerrado. Caso 36733 esta desde Agosto 22 de 2017 y no se han podido comunicar con el profesional ya que requieren información adicional.</p>	<p>Se recomienda que en el informe se adicione el tiempo detallado por cada caso, ya que se requiere para tener mayor precisión en resultados y trabajar en mejorar servicios, tiempos, disponibilidad.</p> <p><i>Recomendación en el hallazgo:</i> Aunque se evidencia el control y seguimiento realizado por la Oficina de Sistemas de Información a la mesa de ayuda, se recomienda tener un control exhaustivo con los casos que no pasen de un mes a otro sin validar ya sea por cerrar por sistemas o por el área que lo solicite pero que se tenga como directriz no dejar pasar casos de un mes a otro la idea es depurar y si no depende del área de sistemas para dar solución se debe registrar en la herramienta para que se vea esta trazabilidad.</p>
<p><b>1.3</b></p>	<p><i>Hallazgo a las áreas y Unidades visitadas</i> Se evidencia en varios usuarios de nuestra visita que manejan correo no Corporativo para enviar y recibir información laboral, no todos tienen correo Corporativo y en algunos casos algunos usuarios si lo tienen pero siguen utilizando el .gmail .hotmail ejemplo: En San Juan y Nazareth en facturación tienen Corporativo pero manejan <a href="mailto:autorizaciones.ussnazareht@gmail.com">autorizaciones.ussnazareht@gmail.com</a> en laboratorio, en trabajo social <a href="mailto:ussanjuantrabajosocial@gmail.com">ussanjuantrabajosocial@gmail.com</a>, en Unidad Vista hermosa gestión de la información (estadisticausme.subredsur@gmail.com), <a href="mailto:poismagmail.com">poismagmail.com</a>, En Tunal (<a href="mailto:RIPStunal@gmail.com">RIPStunal@gmail.com</a>, <a href="mailto:ctchospitaleltunalgmail.com">ctchospitaleltunalgmail.com</a>) en enfermería partos VH (<a href="mailto:diniva0224@hotmail.com">diniva0224@hotmail.com</a>), enfermería adultos (<a href="mailto:drhernandez004@gmail.com">drhernandez004@gmail.com</a>, en vacunación VH(<a href="mailto:paisubredsur@subredsur.gov.co">paisubredsur@subredsur.gov.co</a>), Entre otros donde se encuentran las visitas registradas tomamos muchos correos que no son Corporativos y se manejan información de la Subred Sur.</p>	<p>A pesar que la Oficina de Sistemas de Información tienen un Oficio donde se solicitó a los líderes lista de cuales colaboradores deben tener un correo corporativos y así se les asigno, se recomienda conjuntamente a los líderes de los procesos y a la Oficina de Sistemas de Información, de cada Unidad validar los correos Corporativos para los usuarios ya sea por área pero se recomienda que solo se utilicen correos corporativos al enviar y/o recibir información de la Subred Sur ya que se les asigno, ya que los correos corporativos ofrecen mayores medidas de seguridad, firewalls, antivirus y filtros avanzados anti-spam, con la finalidad de proteger, tanto la información confidencial, como los dispositivos y equipos de posibles virus o ataques informáticos.</p>

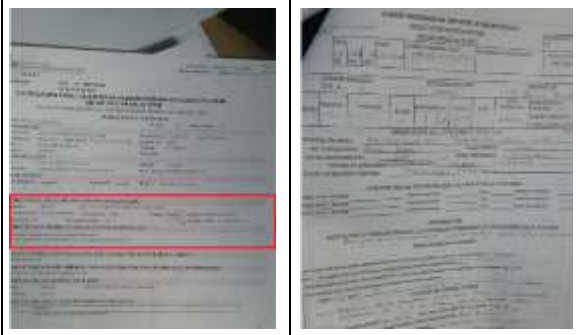


<b>Escenario II. Terminales (clientes) y Comunicación de Datos.</b> San Juan, Nazareth, Vista Hermosa				
<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>2</b>	Pérdida de la DISPONIBILIDAD de la información, originadas en problemas en el canal de comunicación (demoras, caídas, desconexiones).	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto
	<b>Promedio</b>	<b>3: Alto</b>	<b>3:Insuficiente</b>	<b>3: Alto</b>

<b>Id</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>2.1</b>	En Las Unidades de San Juan y Nazareth las caídas de Internet son frecuentes, en este momento trabaja internet con antenas satelital y a pesar que se tiene token de 10GB para el mes, ya que el que tienen no es suficiente para garantizar la disponibilidad y estabilidad, si se acaban estos 10GB se debe realizar la gestión para tramitar, Facturación Urgencias, Consulta Externa, Enfermería: En ciertas ocasiones el sistema es lento , se bloquea nos informan los usuarios.	Se recomienda validar con otros proveedores que cubran zonas rurales para contratar sus servicios ya que se debe buscar un plan mejor para garantizar la estabilidad y oportunidad de la información.
<b>2.2</b>	<i>Responsable Mantenimiento:</i> En La Unidad de San Juan se evidencia en la visita que realizamos el 14 de Septiembre de 2017 que tuvieron que quitar la luz por 10 minutos en ese momento porque habia un corto, nos informan los usuarios que cuando llueve varias veces se va la luz por momentos, a inicios de este año se fue por una semana porque el daño era grave en toda la zona. Se valido la UPS con el técnico y este dispositivo proporciona energia por 30 minutos segun su capacidad pero hace mas de un año que no le hacen el respetivo mantenimiento a esta UPS.	Se recomienda realizar los mantenimientos preventivos de esta UPS y los dispositivos necesarios para garantizar la estabilidad de esas unidades. Además validar si es posible contar con una planta eléctrica para eventos fortuitos como medida de contingencia.

<b>Escenario III. Procesamiento y actualización de la base de datos por el software aplicativo</b>				
<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>3</b>	Perdida de INTEGRIDAD de la información por enviar los datos a los campos de la BD sin que hayan sido INGRESADOS, filtrados y depurados en la capa cliente (formularios) en la generación de saldos del área de Cartera.	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto
	<b>Promedio</b>	<b>3: Alto</b>	<b>3:Insuficiente</b>	<b>3: Alto</b>

<b>Id</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>3.1</b>	<p><i>Hallazgo Proceso de Farmacia</i> Durante el proceso de implementación del Sistema de Información antes de subir la información se realizó una homologación, se crearon las bases con la información que se recibió de cada unidad, todo se validaría pero se realizó un muestreo con la información subida al Sistema. Se entiende que por alcanzar el objetivo de implementar el Sistema de información NO se realizó esta operación, la cual no se ajusta al físico, sino al hacer el muestreo quedo alguna información desactualizada a la real lo que se evidencia en los inventarios de las Farmacias visitadas.</p> <p>Validando con la Oficina de Sistemas de Información toda la información de farmacia desde la misma hora cero fue digitada, validada y confirmada por los usuarios. Los errores de los expertos técnicos en la homologación de productos, presentaciones y demás son responsabilidad de farmacia dado que del proceso sistemas de información no tiene competencia técnica en medicamentos e insumos. Si existen diferencias en los inventarios obedecen a las propias operaciones registradas en las farmacias Desde sistemas se han hecho auditorías y se encontraron fallas operativas de registro en los procesos al interior de las farmacias, como no descargue oportuno a través de los documentos del sistema.</p>	Se recomienda un plan de acción inmediato al Proceso de Farmacia donde se ha identificado información diferente a la real en medicamentos de la información que se encuentra en el sistema, para verificar y depurar la información que se ha detectado imprecisa lo más pronto posible, por lo tanto se sugiere validar y ajustar esta información que sea correspondiente a la real apoyando con el proceso de la Oficina de Sistemas de Información TIC. Se recomienda documentar lo realizado una vez terminado el proceso se deben medir los resultados y entregar un reporte del trabajo detallado y los Involucrados en el proceso de validación y corrección.


<p><b>3.2</b></p>	<p><i>Hallazgo en Proceso de Medicamentos No Pos:</i> Se evidencia una inconsistencia por error en digitación ya que los usuarios pueden ingresar las cantidades de los medicamentos multidosis y la Oficina de Sistemas de Información hizo la recomendación en su momento de la cantidad a colocar sea con decimales. Específicamente con las UCI's se parametrizó el módulo y los reportes. Hallazgo</p> <p>Lo que muestra en el caso de la H.C 10142643242 al medicamento M01119 (Multivitaminas pediátricas + zinc gotas) donde la forma farmacéutica es frasco gotero y concentración es de 10ML. La dosis prescrita es que se tome de 0.5CC/Día y al Medico <i>colocar 30 días de tratamiento</i>, automáticamente queda, este Número 30 aparece 30 en Cantidad Total requerida por lo tanto sale en la solicitud 30 frascos pero solo se requieren 2 por la formula teniendo en cuenta la dosis y la cantidad.</p> <p>Este caso debieron hacer manual la solicitud para entregar solo 2 frascos y no 30 como lo decía en la evolución uci neonatal 018(Soporte). Luego se corrigió en el sistema</p>	<p>Se recomienda realizar plan de capacitación para dichos procesos donde se debe tener cuidado en el ingreso de información al sistema ya que debe tener unas normas específicas como en este caso donde deben ingresar con decimales estas para evitar estos eventos.</p>
		

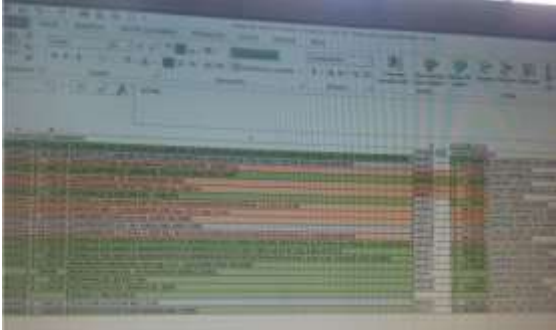

**Escenario IV. Utilización y control de las salidas del sistema de información y otros por parte del usuario.**

(UNIDAD VISTA HERMOSA: Oficina de Sistemas de Información TIC, Gestión de la Información, Odontología, Coordinación Médica, Farmacia. UNIDAD TUNAL : Farmacia Medicamentos no POS, Farmacia Inventarios, UNIDAD SAN JUAN: Facturación, trabajo social, laboratorio. UNIDAD NAZARETH: Validación Facturación, Farmacia, Odontología)

<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>4</b>	Perdida de DISPONIBILIDAD E INTEGRIDAD por no tener oportunamente la información proveniente de otros módulos y que es indispensable para el funcionamiento del módulo y reportes finales.	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto
<b>5</b>	Perdida de EFICIENCIA por que la funcionalidad del SISTEMA no soporta adecuadamente los procesos y es necesario apoyarse en otros aplicativos, plantillas, formatos diligenciados manualmente, hojas de cálculo, etc.	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto
<b>6</b>	Perdida de EFICIENCIA del proceso porque las salidas generadas por el módulo (información en la pantalla, interfaces, reportes) no satisface las necesidades (No es clara, es incompleta, no es real, no se está utilizando etc.)	4: Extremo	3:Insuficiente	4: Extremo
	<b>Promedio</b>	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto





<b>Id</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>4.1</b>	<i>Hallazgo en Infraestructura Odontología:</i> En el área que gestiona la información de la subred se centraliza y se presenta a clientes externos los requerimientos los recibe la Unidad de Tunjuelito y los envían a la oficina de Gestión de la información. Se evidencia este caso donde G.I informa a Talento Humano las horas laboradas x Unidad y especialidad x Novedades mensual (Detallado caso donde se evidencia que en los servicios de odontología de las Unidades Vista hermosa, Destino, Sierra Morena y Casa de teja los envían en Excel no se generan desde el sistema de Información dinámica gerencial. Este informe lo envía la Dra. Mónica Arboleda a GI validado, Comparten por drive los archivos de consultas, actividades y tratamientos la Dra. hace la revisión, es tedioso el trabajo para consolidar lo manejan en Excel (Consultas, actividades y tratamientos) Se	Gestión de la información depende de la Información del Sistema Dinámica gerencial si esta una parte en el sistema y otra manual se pierde la Disponibilidad e Integridad de la Información ya que depende esta área de todos los módulos sean registrada la información por medio del sistema para entregar información a terceros y si lo tienen que verificar manual se expone a error humano y/o no integridad en la información suministrada, se recomienda que todos los módulos áreas administrativas y asistenciales acudan a alimentar el sistema D.G.

	<p>valida con cada líder de proceso la información.</p> 	
<b>5.1</b>	<p><i>Hallazgo En Odontología Vista Hermosa:</i> Tienen dos computadores son 6 odontólogos 4 en la mañana y dos en la tarde los cuales ingresan de los 6 solo 2 Odontólogos la historia clínica en Dinámica Gerencial, los otros 4 Odontólogos la realizan manual porque no tienen computador, deben adecuarle los puntos para dicha instalación visita realizada por I Auditoria el 19 de Septiembre de 2017 y ya se escaló a Recursos físicos.</p>	<p>Se recomienda que se adecuen los puntos para instalar los computadores que hacen falta en Odontología Unidad Vista hermosa y se tenga plan de acción para mitigar riesgos del no ingresar y no tener la información de algunas historias clínicas en el sistema de información Dinámica gerencial. El sistema de información está disponible para alimentar los inventarios en el módulo cuando los usuarios lo requieran. El plan de mejoramiento es liderado y ejecutado por el equipo de activos fijos.</p>
<b>5.2</b>	<p><i>Hallazgo de Activos Fijos Vista hermosa:</i> En este momento no se ha terminado de realizar el inventario total de la Subred Sur no se evidencia en el sistema el inventario actualizado, según comparativo con toma física en muestreo que tomamos en la visita en otras áreas, validamos con el área de Vista Hermosa y nos enseñan un cronograma el cual iniciaron el 8 de Agosto de 2017 según cronograma va hasta Diciembre de 2017, lo están ejecutando para actualizar este inventario totalmente.</p>	<p>Se recomienda actualizar el Inventario, el control es Apropiado ya que se encuentra en ejecución de actualización por lo tanto el riesgo residual es Moderado teniendo como finalización en Diciembre este proceso, el cual se auditará posteriormente.</p>
<b>5.3</b>	<p><i>Hallazgo en Laboratorio</i> Laboratorio Nazareth y San Juan : Todo lo manejan manual, envían los formatos diligenciados al Tunal , en nuestra visita el Proveedor "Comprolab" les estaba entregando los equipos, e instalando software que se llama Compront, reactivos el contrato con ellos incluye el soporte, equipos y suministros como ejemplo los rollos de los stickers para impresión de los tubos). San Juan: Trabajadora Social: este mes iniciarán las intervenciones y evoluciones por medio del sistema al día de hoy de nuestra visita no se ha iniciado ya que empiezan capacitación.</p>	<p>Se recomienda que cada Unidad sea responsable de ingresar la Información al Sistema Dinámica gerencial, que se realice planes de acción para que la información sea digitada en línea (Por ejemplo para esta zona rural) para contar con información actualizada y fiable en cualquier momento de consultar información.</p>

<p><b>5.4</b></p>	<p><i>Hallazgo Proceso de Farmacia:</i></p> <p>Unidad Tunal Farmacia modulo inventarios: En la visita realizada por nosotros el 19 de Septiembre de 2017 se evidencio que existe 35 productos con doble código productos que están repetidos los medicamentos con diferente código y su costo aparece diferente Ejemplo código 1 M00879 (Acetilcistina 200mg Granulado adultos sobre 3g Costo con este código \$141.55 y el mismo medicamento con diferente código M00269 con un costo de \$1030, con diferencia de costo de \$888.45. Segundo ejemplo Cod M00834 Valproico AcidoSusp x 250mg/5ml 120ml Costo \$1818 y el mismo medicamento con otro código M01227 con costo de \$20733 la diferencia entre los dos costos con diferente código y el mismo medicamento es de \$18915.</p> <p>La Química farmacéutica nos informa que hicieron análisis en los inventarios lo físico y allí encontraron estos casos, pero que ya tienen un comité a final de mes de Septiembre para validar que código se deja y con qué precio para solicitar los ajustes correspondientes.</p> 	<p>Se sugiere validar códigos en todas las bodegas y farmacias liderado por Farmacias para validar este tipo de casos que se pueden presentar para depurar y ajustar la información.</p>
<p><b>5.5</b></p>	<p><i>Hallazgo Tunal medicamentos No POS:</i> Manejan por control interno un Excel para llevar la trazabilidad de prescripciones y el número de aprobación de dicha prescripción ya que el número de <i>Aprobación</i> no aparece en la historia clínica en dinámica. Llevan 66 prescripciones desde el 1 de Abril de 2017 al día de hoy.</p> 	<p>Se recomienda al Proceso No POS que se realice el requerimiento a la Oficina de Sistemas de Información TIC ya que EL MIPRES maneja un consecutivo único de autorización y ya se está implementando en el contributivo.</p> <p>Validando la configuración en el sistema D.G el número de aprobación de dichas prescripciones para llevar un consecutivo para evitar error humano y para que el área pueda llevar este control si es viable.</p>



<p><b>5.6</b></p>	<p><i>Hallazgo Facturación USS</i> San Juan Sumapaz: Facturación Los médicos manejan las ordenes de servicio manual (Consulta externa), El facturador de la Unidad digita al sistema dinámica gerencial estas órdenes e imprime la factura se anexan los soportes y se van al archivo de historia clínica.( No queda en línea, cuando no hay red se realiza la factura en Excel y las envía a Usme para que allá las ingresen al sistema. San Juan Sumapaz: Facturación Tienen un control en Excel del consecutivo de facturas</p>	<p>Se sugiere que los médicos y especialistas ingresen la información a Dinámica gerencial, igual se realiza en control de ingresarlo por parte del Facturador para que quede en el sistema Dinámica gerencial, se entiende que esto es por las frecuentes caídas del internet, mejorando esa conexión mejorarán los procesos en línea en el sistema de información.</p>
<p><b>5.7</b></p>	<p><i>Hallazgo en Activos Fijos</i> Activos Fijos Vista Hermosa: En el sistema manejan un Excel para los activos que no existen en el rango en el Sistema Dinámica Gerencial, ya que D.G tiene parametrizado <i>Activos</i>: Superior a dos salarios Mínimos y de <i>Consumo</i> que son los elementos con valores superiores a medio salario mínimo, lo que este debajo de medio salario mínimo lo manejan en un Excel como control interno, los cuales se evidencias como Silla Giratoria Azul Sticker 09017, silla interlocutora Sticker 09024, Negatoscopio Sticker 09231, lo cual se confirma en la visita el día 28 de Septiembre con el informe de Activos fijos aproximadamente son 50 elementos que están en Excel y no se encuentran en el Sistema Dinámica gerencial. Nos informaron los usuarios del área que se van a reunir con Central de activos fijos para validar esta situación como manejar estos elementos.</p>	<p>Se sugiere que el Proceso de Activos Fijos se reúna con La Oficina de Sistemas de Información para que se parametrize en el Sistema Dinámica gerencial este tercer grupo donde se especifique que el monto es menor a medio salario mínimo y que esta información este n el sistema e información ya que hace parte de la Subred Sur.</p>

<p><b>6.1</b></p>	<p><i>Hallazgo Proceso de Farmacia</i> Unidad Vista hermosa: En nuestra visita realizada el 21 de Septiembre de 2017 en Farmacia Se evidencia en el código M00090 del medicamento Salbutamol sulfato de 15ml en el sistema aparece 0 Unidades y al hacer el conteo físico existen 15 Unidades. De igual manera con el código D000120 En el sistema aparecen 15 unidades y no hay nada físico. (no es igual lo físico con lo que parece en el sistema)</p>  	<p>Se recomienda realizar lo antes posible un plan de acción donde se realice los inventarios físicos y se ajusten los datos en el sistema de información Dinámica gerencial. Para tener una información oportuna, integra y fiable ya que en este momento la información d este módulo en el sistema no corresponde a lo real.</p>
<p><b>6.2</b></p>	<p><i>Hallazgo Proceso de Farmacia</i> Nazareth Farmacia: Se evidencia que en nuestra visita del 14 de Septiembre de 2017 que en el sistema dinámica gerencial existe 1 Unidad de Acetaminofén en frascos y en el conteo físico había 102 frascos.</p>  	




<b>Escenario V. Acceso lógico al software aplicativo</b> (Oficina de Sistemas de Información TIC)				
<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>7</b>	Pérdida del cumplimiento por no aplicar los procedimientos establecidos para la administración de usuarios, asignación de permisos y administración de passwords en los sistemas de información	3:Alto	1: Apropiado	1: Bajo
	<b>Promedio</b>	<b>3:Alto</b>	<b>1: Apropiado</b>	<b>1: Bajo</b>

<b>Id</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>7.1</b>	Se evidencia que se cumple con los procedimientos estipulados para la asignación de permisos y administración de contraseñas en los sistemas de información en Dinámica gerencial, con las alertas para cambios de contraseña.	Cumplen con la normatividad y tienen controles apropiados


<b>Escenario VI. Plan de contingencias, Backups y pistas de auditoría</b> (Oficina de Sistemas de Información TIC, Vista hermosa, Nazareth, San Juan)				
<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>8</b>	Pérdida de la DISPONIBILIDAD de la información por no contar con la adecuada gestión para respaldo de la información de todos los módulos del aplicativo (contratos con proveedores, pruebas de restauración, estadísticas e indicadores de crecimiento, retención de copias, etc.).	3: Alto	3:Insuficiente	3: Alto
	<b>Promedio</b>	<b>3:Alto</b>	<b>3:Insuficiente</b>	<b>3: Alto</b>

<b>Id</b>	<b>Hallazgos</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>8.1</b>	Se evidencia que al realizar los backups de la Información en general quedan almacenados en las mismas instalaciones de las Unidades (Discos Duros Externos, Servidores).	Se recomienda tener en cuenta las buenas prácticas de las normas básicas de SGSI Se recomienda acceder a un repositorio externo con las políticas de seguridad pertinentes para esta información ya que es vital mantenerla en un lugar externo a la Subred Sur con las medidas de protección y control requeridas para el cuidado de las mismas.

<b>8.2</b>	<p>Vista hermosa Oficina de Sistemas de información TIC: Los Backups de los aplicativos los realiza el técnico de Vista Hermosa los hace remotamente se realiza diariamente manual el backup de la B.D por Mysql y postgres, y los viernes genera el backup copia las carpetas y las pega en la carpeta en el servidor (Compartida-desarrollo) manualmente de vista hermosa, se maneja un cronograma de discos duros externos donde se genera copia se deja en los dos medios.</p> <p>El backup de los usuarios se realiza en el momento que el usuario lo solicita vía mesa de ayuda o se requiera.</p> <p>Tunal (Sistemas): El día 19 de Septiembre en nuestra visita para verificación del proceso de backup y verificar los respaldos realizados no se pudo acceder por problemas de conexión al servidor de VH, se evidencio en la bitácora física donde se verifica que si han realizado los respectivos backups pero no se pudo verificar en el sistema. El técnico de esta Unidad realiza backup y se envía por carpeta compartida al servidor de Vista hermosa.</p>	<p>Se sugiere manejar los backup de los aplicativos con alguna herramienta especial para automatizar este proceso de backups y no lo hagan los usuarios ya que pueden presentarse errores humanos que se reflejan solo en los momentos de restauración de dichos paquetes porque no cuenta con el aseguramiento de la información requerida.</p>
		

**Escenario VII. Documentación Técnica del área, Inventarios y manuales del Usuario funciones, procesos críticos**

<b>Id</b>	<b>Nombre de amenaza</b>	<b>Riesgo Inherente</b>	<b>Protección Existente</b>	<b>Riesgo Residual</b>
<b>9</b>	Perder EFICIENCIA por no disponer de Manuales de usuario actualizados, accesibles (Al alcance de los funcionarios) y entendibles, realizar capacitaciones)	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado
<b>10</b>	Perder OPORTUNIDAD por no contar con inventarios de los equipos de cómputo, dispositivos, documentación de procesos de bases de datos y de la red.	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado
	<b>Promedio</b>	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado

Id	Hallazgos	Recomendaciones
9.1	<p><i>Hallazgo Oficina de Contratación</i> (Todo usuario nuevo debe pasar por capacitación en DGH la cual se coordina con la oficina de contratación y/o líderes transversales de las USS. SI no han tenido capacitación es por dos posibles motivos: Contratación no ha hecho la solicitud o el líder transversal no lo ha solicitado)</p> <p><i>Hallazgos:</i> En las entrevistas realizadas a los usuarios ninguno conoce el manual de Dinámica gerencial. Se evidencia que varios usuarios aun no manejan el sistema de Dinámica gerencial en las Unidades Ejemplo: VH-Enfermería Adultos : Manejan un formato para realizar las devoluciones aparece en el sistema pendiente de despachado y debería no aparecer, se envía formato a Farmacia y cambian de despachado a pendiente por despachar, ellos hacen el cambio osea el área de Farmacia, pero Enfermería no tiene claridad si es por permisos solo manejan este formato manual. Otro caso es el Farmacia Vista hermosa: Farmacia Vista hermosa: Se solicita el informe de máximos y mínimos de cualquier insumo para verificar por parte de la auditoria pero al generarlo la usuaria aparece en "0" en todos los productos los validará el usuario porque no tienen acceso o no están capacitados para este reporte (desconocen por qué no funciona bien si el sistema o ellos lo generan por donde no es).</p>  <p><i>Hallazgo en el Proceso de Vigilancia Epidemiológica.</i> Están socializando las fichas ya implementadas en DGH porque es un tema asistencial, los médicos saben que existe en el sistema Dinámica</p>	<p>Se recomienda reforzar las Capacitaciones tipo taller por áreas, que sean evaluadas tratando de mitigar este momento el desconocimiento que aún existe en algunos usuarios en el manejo de Dinámica Gerencial y repercute en el buen funcionamiento de este. Se sugiere contar con una ayuda en línea o un manual interactivo donde los usuarios puedan verificar algunos conceptos y procesos del sistema de información.</p>

	<p>gerencial (Ficha de notificación obligatoria) pero la están diligenciando manualmente porque no saben usarla o porque no está aún funcionando no tienen la claridad.</p> <p>San Juan Sumapaz: A la jefe la médico y odontólogo no les han dado capacitación de D.G y existen los promotores de los fines de semana que no les han dado usuarios a la fecha de hoy de la visita 14 de septiembre de 2017 Erasmo Porras López y Ruth Angélica Suarez González- Aux Enfermería o si ya tienen usuario no se los han comunicado. San Juan Sumapaz: Facturación Los medicamentos se descargan al sistema en USS Nazareth ya que en Farmacia no manejan dinámica gerencial.</p>	
<b>10.1</b>	<p>No se documentó en la implementación del Sistema de Información Dinámica gerencial las tablas y el proceso de cargue de información por la premura del tiempo lo que se subió en las bases de datos masivamente.</p>	<p>Se recomienda en la Oficina de Sistemas de Información documentar todos los procesos y lo que se realice masivamente por base de datos al sistema es vital para la mejor administración y tener trazabilidad en todos los eventos para futuras acciones en el sistema.</p>

### Escenario VIII. Infraestructura y redes

Id	Nombre de amenaza	Riesgo Inherente	Protección Existente	Riesgo Residual
<b>11</b>	Perdida de ESTABILIDAD y EFICIECIA del sistema de información y de internet, Lentitud de la red entre otros.	3:Alto	2:Mejorable	2: Moderado
	<b>Promedio</b>	<b>3:Alto</b>	<b>2:Mejorable</b>	<b>2: Moderado</b>

Id	Hallazgos	Recomendaciones
<b>11.1</b>	<p>Unidad Vista hermosa Datacenter</p> 	<p>Se recomienda peinar el rack, marquillado patchord, además se recomienda sacar archivo, cajas, equipos de bodegaje de este sitio como en el Tunal, cumplir con los estándares, por lo que se recomienda basarse:</p> <p>La norma ANSI-TIA 942 clasifica en cuatro niveles la infraestructura de centros de cómputo siendo el "tier 1" el básico y el "tier 4" a prueba de fallas.</p> <p>La norma ANSI-TIA 942 divide la</p>


	 <p>Se evidencia rack desordenado el cableado, el aire acondicionado de contingencia esta desde el día 22 de Agosto de 2017 y se tuvo que dejar este como contingencia mientras llegaba un dispositivo para el arreglo del anterior, la visita se realizó el día 04 de Septiembre de 2017 y se validó el funcionamiento y estaba bien este contingente, para mantener el Data center en buen funcionamiento. No se evidencia Servidores de contingencia y/o espejo fuera de estos.</p>	<p>infraestructura en los subsistemas de Telecomunicaciones, Arquitectónico, Eléctrico y Mecánico. La herramienta básica para una empresa determinar en qué nivel debe tener su centro de cómputo, es el costo de una interrupción ("Down Time") Para incrementar la confiabilidad de una infraestructura se deben eliminar los "puntos sencillos de falla". La tendencia actual es tener equipos de alto consumo en muy poco espacio, lo que genera soluciones específicas para alta densidad. El mantenimiento preventivo y las revisiones anuales de infraestructura son una buena práctica para minimizar los riesgos de interrupciones. Validar tener plan de contingencia de servidores una de estas soluciones consiste en alquilar un servidor en un datacenter en el exterior, adecuarlo con sistemas operativos libres y virtualización para después subir copias de respaldo de los sistemas operativos locales, aplicaciones y datos. Luego, se diseña un esquema de replicación de datos en donde todos los días se envié a estos servidores locales la información más crítica para que La Institución sobreviva ante una catástrofe. Se realizan numerosos simulacros con un grupo de usuarios aislados para garantizar que en el día de algún evento todo salga bien.</p>
<p><b>11.2</b></p>	<p>Cableado en las Unidades: Tunal (Consulta Externa) Se encuentra los cables desordenados.</p>  <p>San Juan Se evidencia cableado desordenado en odontología, atraviesa un cable de red de extremo a extremo del consultorio, cables en el piso en Laboratorio.</p>	<p>Se recomienda organización de los cables, certificación de puntos y un correcto etiquetado de dichos componentes, de tal manera que su localización sea rápida y precisa, facilitando al mismo tiempo las labores de mantenimiento y de búsqueda de averías en su caso. Las características e instalación de estos elementos. Se recomienda tener en cuenta el cumplimiento de estándares para que califiquen como cableado estructurado. Así trae consigo los beneficios de flexibilidad de instalación, capacidad de crecimiento y facilidad de administración.</p>

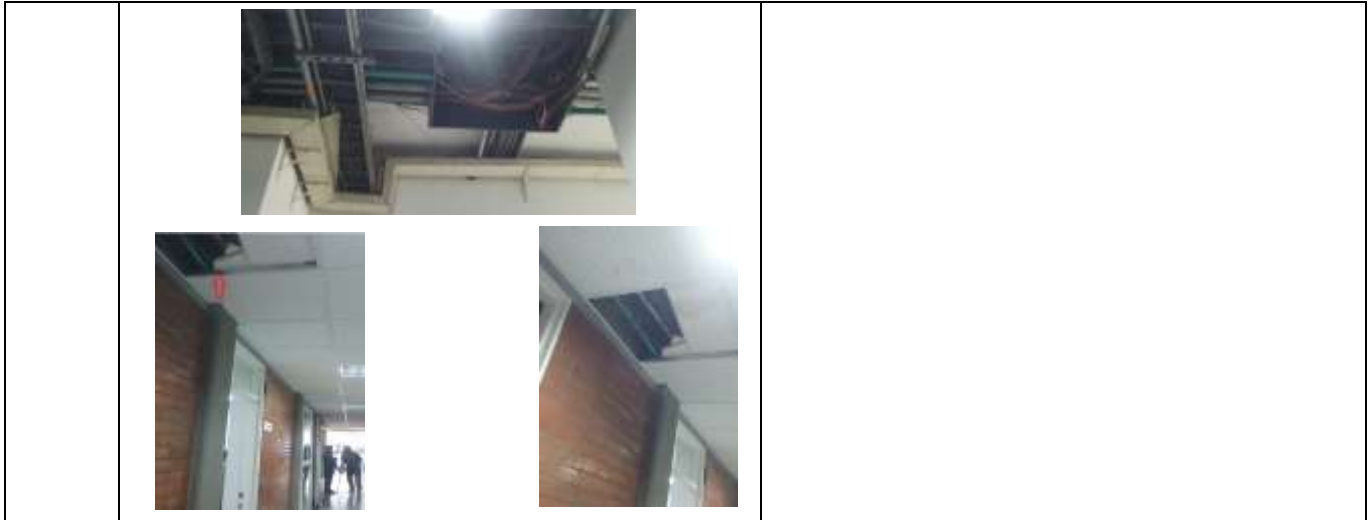


CAMI USS Nazareth  
Se evidencia cable de red pegado en la pared  
con cinta en un consultorio, cables  
desordenados.





		
<p><b>11.3</b></p>	<p><b>Observación Atención al Usuario</b> San Juan: El digiturno en nuestra visita del 14 de septiembre se encontraba apagado hace 4 meses aproximadamente porque esta fallando, solicitamos que lo prendieran para ver que falla y este error arroja el mensaje de restauración cuando lo hizo el tecnico funciono perfecto y empezo a imprimir los sticker de turno, por lo tanto se realizará una capacitacion a las personas responsables de este proceso para aprovechamiento de los equipos y ayudas que entrega la secretaria.</p>  <p>También existe impresora que solo la manejan para escáner porque no funciona hace 6 meses desaprovecha placa 00135de VH.</p> <p><b>Hallazgo a Mantenimiento:</b> Unidad Tunal Pasillos: Se evidencia el cableado de energía expuesto en pasillos En el pasillo frente a Consulta Externa y el pasillo para dirigirse al datacenter donde hay rotación tanto de personal como pacientes se evidencia techo con cableado expuesto a atentado o riesgos para los pacientes y/o colaboradores.</p> 	<p>Se recomienda hacer uso de los equipos que se entregan a las Unidades y gestionar su funcionamiento para que se aproveche este beneficio y no pase tanto tiempo para su arreglo.</p> <p>Para los pasillos del Tunal en la parte eléctrica se sugiere que se utilicen canaletas y/o materiales para tapar estos cables y ductos del techo con las normas indicadas y evitar siniestros, y/o accidentes que se pueden presentar.</p>



### **3.3 OPINION GENERAL DE LA AUDITORIA**

En el datacenter donde se procesa la información Core de la Subred Sur se tienen los controles adecuados mas no los suficientes por lo tanto se hace énfasis en que es vital esta información para la Subred Sur por lo tanto se recomienda se realicen mantenimiento preventivos más seguidos estar, muy atentos de todo lo relacionado al datacenter, documentación, bitácoras, pruebas de restauración, evidencias con pruebas y resultados frecuentes, para tener la seguridad que ante cualquier situación estamos preparados para recuperar la información sin ningún inconveniente. Y validar los planes de contingencia de servidores externos a esta Unidad Vista hermosa.

El tema de los Inventarios de las farmacias es preocupante se recomienda validar cuanto antes estos inventarios físicos y actualizar el sistema Dinámica Gerencial para que la información sea igual.

Validar con el proveedor de telefonía e internet diferente al que tienen en este momento, otras alternativas de conexión y suministro de servicio de internet en áreas rurales, para poder mejorar el desempeño de las conexiones y telecomunicaciones con estas unidades y podamos contar con él con información actualizada y en línea.

Validar los puntos para instalación de los computadores en Odontología para que todas las historias clínicas queden en el sistema y no como funciona en este momento, aún se hacen algunas manuales, lo cual no es consecuente con la idea de la automatización.

Contar con repositorio externo para las copias de backup con las medidas de protección y control requeridas para el cuidado de las mismas.



De acuerdo con los resultados obtenidos en la Auditoría de Sistemas, el riesgo residual es ALTO en su promedio de validación de Escenarios con respecto a los riesgos y las amenazas verificadas y validando los respectivos controles en cada una de ellas, se concluye que es por lo que se encuentra en proceso de transición en la implementación del nuevo sistema de información Dinámica gerencial el cual aún tiene baches que debes ser solventados y atendidos lo más pronto posible, además aún quedan pendientes módulos por implementar lo cual se recomienda basarse en el marco de referencia PMI(*Project Management Institute*) para lograr cumplir los objetivos propuestos de la actualización del sistema de información Dinámica Gerencial donde exista seguimiento exhaustivo en cada una de sus fases como el inicio, planificación, instalación parametrización, capacitación y cierre, transversal con la calidad en cada una de estas etapas del proyecto con la misma calidad de Recurso Humano que interactúe en éste.

Se recomienda analizar y definir los procesos internos ya que se identifica oportunidad de mejora en estos, automatizar procesos y optimizar recursos e integrar todos los módulos, se recomienda realizar planes de capacitación a los funcionarios, documentar manuales y divulgarlos formalmente en cada cargo. Respecto a lo anterior existen oportunidades de mejora que al ser implementadas conllevarían al cumplimiento de Mejores Prácticas.

## 4. AUDITORIA MEDICA

#### **4. AUDITORIA MEDICA**

PLAN DE AUDITORIA	AUDITORIA PLAN DE GERENCIA
ITEM DEL CONTRATO	CLAUSULA CUARTA / Literal d
INFORME FRECUENCIA	MENSUAL
PARTICIPANTES	AUDITOR MEDICO – Dra. Martha Blanco
HORAS MES	90

#### **4.1 INFORME INDICADORES III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL**

##### **OBJETIVO:**

Realizar seguimiento a la ejecución de los indicadores según el Plan De Gestión Gerencial 2017-2019, para el primer semestre de 2017, compromisos y metas del Área Asistencial frente a los indicadores No. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28 y 29, plasmadas en el plan de gestión que tiene un peso del 40% del mismo, para el primer semestre del 2017.

Revisión que se realizara acorde con lo ordenado en la ley 1438 de 2012, resoluciones 710 de 2012, 1446 de 2006 y 743 del 2013, referente a los estándares e indicadores de evaluación, los cuales son de obligatoria aplicación en la evaluación y aplicación de resultados del Gerente, al igual que el artículo 4 de Resolución 710 de 2012, establece la responsabilidad que le asiste a los miembros de la Junta Directiva en cuanto al cumplimiento de las obligaciones fijadas en dicha resolución.

##### **NORMATIVIDAD**

- Ley 1438 de 2012
- Resolución 710 de 2012
- Resolución 1446 de 2006
- Resolución 743 de 2013

##### **ALCANCE**

Los indicadores constituyen la variable o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permiten identificar y comparar el resultado, siendo este un insumo para el análisis e interpretación de los fenómenos relacionados con el que hacer de los servicios de salud.

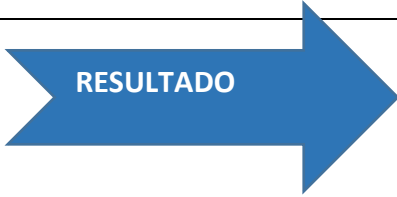
Los indicadores establecidos en el plan de Gestión, son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades en todos los servicios de la Subred

Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. del Distrito Capital. Y así detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

### III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL DE I TRIMESTRE Y II TRIMESTRE (40%).

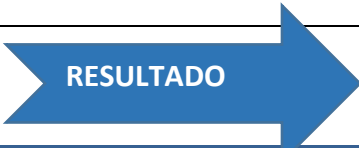
#### 4.1.1 INDICADOR No.12. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.

Durante el primer semestre del año se alcanza un 86% de cumplimiento para una calificación de 5, se evaluó este indicador con la adherencia de la Guía de Hipertensión Inducida en el Embarazo de la Secretaria Distrital, esto según análisis en la ficha de este indicador. Para este semestre aún no se encontraban socializadas las guías sin embargo el indicador reporta un cumplimiento mayor al 80% cumplimiento.

INDICADOR No12	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES.	
FORMULA	Número de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación /total historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor de 27 semanas atendidas en la ESE con diagnóstico de hemorragia del III trimestre o trastornos hipertensivos en la gestación.	
Estándar exigido	≥ 0,80	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	26/29=89%	20/24=83%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR


#### 4.1.2 INDICADOR No. 13, EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

El porcentaje de cumplimiento para el primer semestre es de 87, 5% con una calificación de 5, encontrando que la primera causa de egreso para el primer trimestre fue EPOC, para el segundo trimestre fue IVU, en el análisis de este indicador se encuentra que el Ministerio de Salud y protección Social no se cuenta con GPC para esta patología, por lo tanto era necesario adoptar y socializar, lo cual para este semestre no se había realizado.

INDICADOR No 13	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA	
FORMULA	Número de Historias Clínicas con a la aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el Diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia/total de historias clínicas auditadas de pacientes con diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida en la vigencia.	
Estándar exigido	≥ 0,80	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	53/65=82%	83/89= 93%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

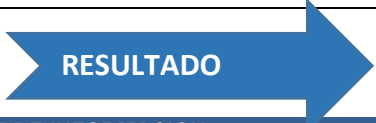
#### 4.1.3 INDICADOR No 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

El porcentaje de cumplimiento para este indicador es del 81%, quedando en una calificación de 3 para el primer semestre del año 2017, el comportamiento de este indicador se mantiene en los trimestre por lo cual el acumulado no alcanza al estándar esperado mayor al 90%, por múltiples dificultades para el cumplimiento de este, entre las cuales se encuentra la no disponibilidad de salas, o por procesos administrativos como demora en autorización lo cual finalmente termina siendo una urgencia vital.

INDICADOR No 14	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA	
FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicectomía dentro de las 6 horas de confirmado el diagnóstico /total de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia objeto de evaluación.	
Estándar exigido	≥ 0,90	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	211/258= 81%	205/251=81.67%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

#### 4.1.4 INDICADOR No. 15 DE I TRIMESTRE Y II TRIMESTRE NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL

No se evidencia reporte en ficha de indicadores para este semestre por lo cual este indicador quedaría en 0, Se toman datos de informe de la subgerencia de servicios en el cual reporta los indicadores trazadores, con casos de mortalidad de enero a julio de 2017, de 38 casos de mortalidad el 16,2% corresponde a aspiración de contenido gástrico.

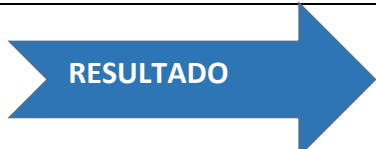
INDICADOR No 15	NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL	
FORMULA	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación y (número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación/número de pacientes pediátricos con neumonías bronco – aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)	
Estándar exigido	= 0 o variación negativa	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	0	
FUENTE DE INFORMACION	0	

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

Se mantiene, la ESE no adjunta ficha del indicador del semestre trascurrido.

#### 4.1.5 INDICADOR No. 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM)

El porcentaje de cumplimiento de este indicador es del 100%, con una calificación de 5, para el primer semestre, se realiza visita a las unidades de Vista Hermosa se entrevista a la Dra. Marcela Peña (profesional de enlace) con quien se logra confirmar el manejo oportuno del IAM, pacientes diagnosticados con IAM son trasladados a la unidad más cercana, al igual se hace visita de campo a la unidad del Tunal hablando con el coordinador de urgencias Dr. Juan Roberto Castaño, quien conoce la guía de manejo y la importancia de cumplimiento de la ventana terapéutica.

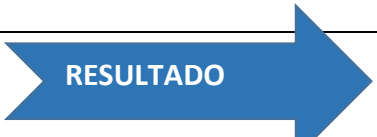
INDICADOR No 16		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DEL INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IAM) .	
FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico/total de pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo del miocardio en la vigencia.		
Estándar exigido	≥ 0,90		
Periodo	I Trimestre	II Trimestre	
		31/31= 100%	32/32=100%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR		

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

El Prestador soporta indicador el cual se ajusta en informe, (recibido posterior al informe preliminar).

#### 4.1.6 INDICADOR No. 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

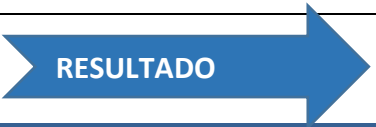
No hay datos para este indicador. Calificación 0

INDICADOR No 17	ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA	
FORMULA	Número de casos de mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas revisada en el comité respectivo/total de defunciones intrahospitalarias mayores de 48 horas en el periodo	
Estándar exigido	≥ 0,90	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	0	
FUENTE DE INFORMACION	0	

#### 4.1.7 INDICADOR No. 18: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA

Se tiene reporte para el II trimestre con un promedio de 16 días, encontrándose fuera del estándar exigido, como consecuencia de la terminación de contrato de 2 pediatras y a los picos respiratorios.

Se realiza visita a la Unidad de Vista Hermosa y a la Unidad del Tunal encontrando que las agendas se encuentran a 48 horas.

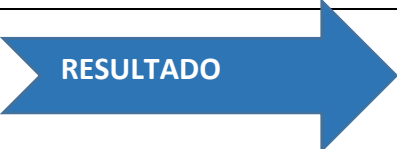
INDICADOR No 18	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA PEDIÁTRICA	
FORMULA	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas pediátricas.	
Estándar exigido	≤ 5	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	0	48326/2992=16.15
FUENTE DE INFORMACION	0	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR



#### 4.1.8 INDICADOR No. 19: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

En el I semestre se evidencia que la oportunidad de las citas de gineco-obstetricia se encuentra en 10.86 días lo cual se encuentra fuera del estándar esperado, el indicador no cuenta con análisis


Se realiza visita de campo a Vista Hermosa y a Unidad de Tunal encontrando que la agenda se encuentra abierta con una oportunidad de 1 día.

INDICADOR No 19		OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA	
FORMULA	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendido en la consulta médica pediátrica y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas médicas pediátricas.		
Estándar exigido	≤ 8		
periodo	I Trimestre	II Trimestre	
	20491/2375= 8.62	42536/3270=13.01	
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

#### 4.1.9 INDICADOR No. 20: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA


Según reporte de indicadores para el I trimestre indicador con calificación de 5 para el II trimestre se encuentra la calificación de 3.

Se realiza visita de campo encontrando que la oportunidad se encuentra a 45 días en Vista Hermosa y en la Unidad del Tunal. Siendo este uno de los servicios de mayor demanda

INDICADOR No 20	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA	
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita cita, por cualquier medio, para ser atendida en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita/ número total de consultas de medicina interna asignadas en la Institución.	
Estándar exigido	≤ 15	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	109070/7976 = 13,67	81401/5190= 15.68
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

#### 4.1.10 INDICADOR No 21. PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

No se tienen datos para el segundo trimestre del año, en espera de estos.

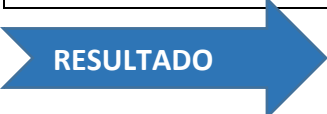
INDICADOR No 21	PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN	
FORMULA	Número de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la ESE, a más tardar en la semana 12 de gestación Total de mujeres gestantes identificadas	
Estándar exigido	≥0,85	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	522/1020 = 51%	
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

Se mantiene, la ESE no adjunta ficha del indicador del II trimestre de 2017.

#### 4.1.11 INDICADOR No. 22: INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE

No hay datos para el II trimestre,


INDICADOR No 22	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	
FORMULA	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia	
Estándar exigido	0 casos	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	9	
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

- Respuesta a observaciones de la Administración:**

Se mantiene, la ESE no adjunta ficha del indicador del II trimestre de 2017.

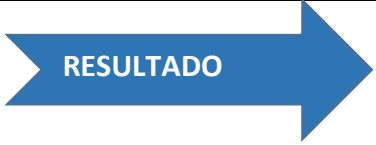
#### 4.1.12 INDICADOR No 23. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA ATENCIÓN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Este indicador para el I semestre se encuentra en un 73% de cumplimiento con una calificación de 3, para este semestre en Meissen, Tunal y Vista Hermosa los cuales refieren estar en proceso de adopción y socialización de guías

INDICADOR No 23	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA ATENCIÓN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	
FORMULA	Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE/ Total de pacientes con Diagnostico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación	
Estándar exigido	≥0,90	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	448/263 = 73%	464/631=73%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

#### 4.1.13 INDICADOR No 24: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

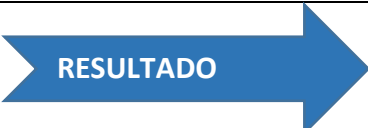
Esta guía se encuentra en el 67% acumulado, por debajo del estándar exigido mayor a 80%, de los hallazgos más importantes se encuentra el no registro de escala abreviada del desarrollo y deficientes estrategias de educación al cuidador.

INDICADOR No 24		EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUÍA CRECIMIENTO Y DESARROLLO	
FORMULA	Numero de Historias Clínicas de niños (as) menores de 10 años a quienes se aplicó estrictamente la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo/ Total de niños (as) menores de 10 años a quienes se atendió en consulta de crecimiento y desarrollo en la ESE en la vigencia		
Estándar exigido	≥0,80		
Periodo	I Trimestre	II Trimestre	
	569/865 = 66%	566/834=68%	
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

#### 4.1.14 INDICADOR No 25: REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

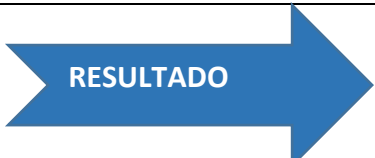
El porcentaje de reingresos a urgencias se encuentran en el 2% encontrándose fuera de la línea del estándar permitido, en el análisis de este indicador se evidencia que no cuenta con una adecuada interpretación, desconociendo los diagnósticos que genera los reingresos.

Se realiza entrevista con el coordinador de urgencias de la unidad de Meissen Dr. Jaime Fajardo, con la Dra. Marcela Peña, Referente de la unidad de Vista Hermosa, quienes manifiestan no conocer el indicador, no conocen las causas de reingreso en su servicio, por lo tanto, no existen planes de mejora, no participan en los comités establecidos por la Institución.

INDICADOR No 25		REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS	
FORMULA	Número de consultas al servicio de urgencias, por la misma causa y el mismo paciente, mayor de 24 y menor de 72 horas Total de consultas del servicio de urgencias durante el periodo		
Estándar exigido	≤ 0,03		
Periodo	I Trimestre	II Trimestre	
		849/37732= 2,2%	783/39608=2%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

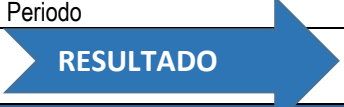
#### 4.1.15 INDICADOR No 26: OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL

La oportunidad para la consulta de medicina general se encuentra en un promedio de 3,5 días fuera del estándar permitido, lo cual se verifico en las unidades de Vista Hermosa, Tunal y Meissen

INDICADOR No 26		OPORTUNIDAD PROMEDIO EN LA ATENCIÓN DE CONSULTA MÉDICA GENERAL	
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente de 2006, ó la consulta medicina solicita cita, 'por cualquier medio para ser atendido en consulta médica general /Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución.		
Estándar exigido	≤ 3 días		
Periodo	I Trimestre	II Trimestre	
		234754/57454 = 4,09	154211/46725= 3.30
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	

#### 4.1.16 INDICADOR No 27. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE LAS TRES (3) PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA ESE.

El resultado del primer semestre para este indicador es del 86%, La meta establecida por la resolución indica que la adherencia a las guías debe ser mayor o igual al 80% del total de Historias Clínicas auditadas. Lo cual estaría en cumplimiento según lo establecido en la resolución.

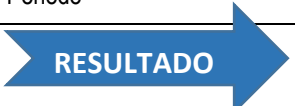
INDICADOR No 27	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE LAS TRES (3) PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA ESE.	
FORMULA	$\frac{\text{Número de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para las tres primeras causas de morbilidad hospitalaria y ambulatoria de la ESE!}}{\text{Total Historias Clínicas para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) auditadas en la vigencia}}$	
Estándar exigido	≥0,80	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
	36/44 = 82%	38/42=91%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

Prestados soporta indicador el cual se ajusta en informe, (recibido posterior al informe preliminar)

#### 4.1.17 INDICADOR No 28: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE FUGAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE

No hay datos

INDICADOR No 28	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE FUGAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE	
FORMULA	$\frac{\text{numero de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de prevención se fugas de pacientes de la ESE/ total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia}}{\text{total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia}}$	
Estándar exigido	≥0,80	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
		
FUENTE DE INFORMACION		

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

Se mantiene, la ESE no adjunta ficha del indicador del I trimestre de 2017.

#### 4.1.18 INDICADOR No 29. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PACIENTES TRATADOS EN LA ESE (AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS)

Se evidencia el cumplimiento de este estándar en el 100%, sin embargo es un estándar para la unidad de salud mental, servicio que no se encuentra habilitado por la Subred del Sur.

INDICADOR No 29	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE SUICIDIO EN PACIENTES TRATADOS EN LA ESE (AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS)	
FORMULA	numero de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de prevención de suicidio de pacientes tratados en la ESE/ total de historias clínicas auditadas de pacientes con intento de suicidio durante la vigencia durante la vigencia	
Estándar exigido	≥0,80	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
<b>RESULTADO</b>	66/66= 100%	53/53=100%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

#### 4.1.19 INDICADOR No 30: OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA.

La oportunidad en consulta de psiquiatría se encuentra en 13 días, con calificación de 3.

INDICADOR No 30	OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA.	
FORMULA	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita , con cualquier medio, para ser atendido en consulta de psiquiatría y la fecha para la cual fue asignada la cita/ número total de consultas de psiquiatría asignadas en la institución	
Estándar exigido	≤ 10 días	
Periodo	I Trimestre	II Trimestre
<b>RESULTADO</b>	34254/2721 =12.59 días	45950/3346=13.73
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

## 4.2 CONCLUSIONES

- Se realiza visita a Unidades de Vista Hermosa, Meissen, Tunal, a los servicios de consulta externa y urgencias encontrando:
  1. No se ha realizado socialización de los indicadores correspondientes al área de urgencias, por lo tanto, no se han realizado planes de mejora, ni seguimiento a éstos.
  2. No se encuentra claro el proceso de recolección de datos, ni de construcción de los indicadores.
  3. No hay participación en los comités institucionales.
  4. Se encuentra en adopción, socialización de las guías de manejo.
- Para el semestre analizado, los comités como calidad e historia clínica fueron creados al final de semestre y otros recientemente, al igual que la socialización de guías y protocolos de atención, sin evidencia de tales actividades, así como actas de sesión y toma de decisiones, lo cual genera una oportunidad de mejoramiento en la entidad y un plan de acción.
- Al revisar los indicadores planteados en el plan de gestión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, estos están ajustados a la normatividad vigente, sin embargo no se evidencia análisis y seguimiento a los mismos durante el primer semestre del año.

Igualmente persiste un débil monitoreo exponiendo la gestión clínica que de acuerdo a sus resultados y desviaciones deberá la entidad tomar las acciones correctivas a lugar fortaleciendo ciclos PHVA.

- La ESE no entrego o no cuenta con información para evaluar algunos indicadores asistenciales (ejemplo los indicadores 15, 16, 17, 21, 22, 27 y 28).
- De los indicadores evaluados se encontró que para el primer semestre no se contaba con la adopción y socialización de las guías de práctica clínica, generales de acuerdo con las primeras causas de consulta. El comité de historias clínicas, el cual fue constituido mediante resolución No 00674 del 7 de junio del 2017, de igual manera el comité de calidad fue constituido mediante resolución 1013 del 11 de agosto de 2017.
- La gran mayoría de indicadores no fueron alcanzados, ni analizados, por falta de guías, socialización, seguimiento y monitorización de los mismos.



- Tampoco se evidenciaron planes de acción para el logro de las metas establecidas, ni participación de las áreas correspondientes a cada indicador
- Se encuentran fichas técnicas que incumplen con lo establecido para indicadores contemplados en la resolución 1446 de 2006.

#### **4.3 RECOMENDACIONES**

- Realizar seguimiento y evaluar el proceso de recolección de datos y análisis de los resultados de los indicadores con apego a la metodología establecida en la resolución 1446 de 2006
- Participación activa en los comités de las áreas correspondientes de cada indicador.
- Analizar los resultados de los indicadores asistenciales, socializarlos y establecer planes de acción y mejoramiento, con monitoreo, seguimiento y evaluación permanente aquellos que están por debajo del estándar establecido normativamente, con participación activa de cada una de las áreas afectadas.
- Análisis de impacto social y económico de los resultados.
- Análisis de costo eficiencia y costo efectividad de cada indicador especialmente los de oportunidad.
- Fortalecer el proceso de planeación, direccionamiento, evaluación y toma de decisiones para el cumplimiento del plan de gestión.
- Socializar cada indicador, sus resultados y planes de acción, con los servicios respectivos dejando constancia.
- Revisar y ajustar guías de manejo de acuerdo con el perfil epidemiológico y morbilidad de la entidad.
- Activar los comités y llevar los análisis para la toma de decisiones respectivas.
- Dejar evidencia de acciones correctivas en actas e informes para los comités respectivos (PAMEC, calidad, historias clínicas, otros).

# 5. AUDITORIA FINANCIERA Y CONTABLE

## **INTRODUCCIÓN**

En el transcurso del trabajo de Auditoria realizado durante el mes de Septiembre de 2017 y teniendo en cuenta las normas de Auditoria vigentes en Colombia, se efectuó la evaluación de los procesos que desarrolla en forma continua la Subred en el área Financiera. Esta Revisoría Fiscal tiene como único propósito establecer el alcance, la razonabilidad y plantear las recomendaciones a que haya lugar, con el fin de aportar al mejoramiento de los procesos constantes que lleva la Entidad. Como efecto de la emisión de este informe, se aplicaron procedimientos que se describen a continuación:

### **PROCEDIMIENTOS APLICADOS**

1. Revisión de la documentación que soporta cada uno de los informes, certificaciones, actas, Estados Financieros, conciliaciones bancarias y demás información suministrada por la Subred para su verificación y aprobación de Revisoría Fiscal.
2. Lectura de los manuales de procedimientos, normatividad vigente, y demás información preparada por la Entidad que sirva como guía y sustento de nuestras labores.
3. Entrevistas a los funcionarios del área de Tesorería de la Subred, quienes son los encargados del manejo de los bancos, elaboración de los Comprobantes de Egreso, recaudo del efectivo, recepción de pagarés, entre otros.
4. Análisis y comparación de la información reportada por la Entidad mes a mes, y de los soportes que sustenten cada uno de los informes emitidos por la Entidad a los Entes de control.

### **COBERTURA DEL TRABAJO REALIZADO**

Para dar cumplimiento a lo estipulado en el contrato #SISSS 162-2017 de Revisoría Fiscal, relacionamos las auditorías realizadas durante este periodo de la siguiente manera:

## 5.1 AUDITORIA FINANCIERA

PERIODO	AUDITORIA	ITEM DEL CONTRATO	HORAS	AUDITORES
1-30 Septiembre 2017	FINANCIERA Y CONTABLE	Clausula 4 Literal C	70 70	YEIMY MONTILLA VIVIANA CUBILLOS
<b>TOTAL</b>			<b>140</b>	

ACTIVIDAD	ALCANCE	INFORMACION ANALIZADA	HALLAZGOS	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE SUBRED	AUDITORES
AUDITORIA DE EFECTIVO, CAJA Y BANCOS	Comprobar que las conciliaciones bancarias hayan sido elaboradas de manera oportuna, identificando y dando seguimiento a la depuración de partidas conciliatorias. Revisión de todas las conciliaciones bancarias correspondientes a las cuentas que maneja la Subred Sur, con sus respectivos soportes. Verificar la permanencia de partidas conciliatorias.	Manuales de procedimientos Tesorería, Conciliaciones bancarias Julio-2017, Boletín Tesorería a Julio 2017, Listado cuentas bancarias activas, planes de mejoramiento, Certificado cancelación de cuentas expedido por las Entidades bancarias, entrevistas funcionarios área Tesorería.	Se encontró que fueron canceladas cuentas bancarias que se encontraban embargadas, las cuentas que estaban a nombre de las USS fueron elaboradas hasta Julio 2016, También se encontró que una conciliación bancaria se encontraba tachada, falta de soportes financieros en una conciliación bancaria, una cuenta que no aparece en balance de prueba a Julio 2017, apertura de cuentas bancarias	Es necesario que el área de Tesorería suministre a esta Revisoría las certificaciones de cancelación de cuentas bancarias al momento de su realización, pues al momento de efectuar la revisión de conciliaciones bancarias la falta de esta información limita el proceso y se pierde tiempo. Toda cuenta bancaria existente en el reporte del sistema debe contener su respectiva conciliación con soportes adjuntos para un mayor control. Adelantar la depuración de las partidas conciliatorias para minimizar riesgo de perder el dominio de la información y dar más confiabilidad a los saldos registrados en bancos.	Luis Fernando Arévalo (Contabilidad) Gloria Ines Sanchez (Tesorera)	Yeimy Montilla Viviana Cubillos

### 5.1.1 BANCOS

#### • Conciliaciones Bancarias

A 31 de Julio de 2017, la Entidad cuenta con recursos depositados en Instituciones Financieras por \$20.185.758 miles de pesos, para cuentas corrientes el valor de \$127.493 miles de pesos y para las cuentas de ahorros el valor de \$20.058.265 miles de pesos.

Para el análisis de este ítem, se tuvo en cuenta la Respuesta de la Administración de la Subred a los hallazgos presentados en nuestro informe de Actividades para el mes de Agosto 2017, los cuales aclaran algunos de los hallazgos evidenciados, sin embargo, al hacer la revisión correspondiente a las conciliaciones bancarias del mes de Julio 2017 se encontró lo siguiente:

CUENTA CORRIENTE							
BANCO	DESCRIPCIÓN	SALDO (Miles de pesos)	CONCILIACIÓN BANCARIA (REQUISITOS)				OBSERVACIONES
			ELABORADA	EXTRACTO BANCARIO	REPORTE SISTEMA	FIRMA	
BBVA	TUNAL 419440100007778	95.977	X	X	X	X	Según respuesta de la Subred Sur a informe presentado por esta Revisoría Fiscal para el mes de Junio 2017, informa que esta cuenta se encuentra embargada a Junio 2017, y una vez levantado el embargo se cancela la cuenta para el 30 de Agosto 2017. No se evidencio conciliación bancaria Julio 2017
DAVIVIENDA	MEISSEN 4869999369	30.513	✓	✓	✓	✓	Según respuesta de la Subred Sur a informe presentado por esta Revisoría Fiscal para el mes de Junio 2017, informa que esta cuenta se encuentra embargada a Junio 2017, se está gestionando con el área Jurídica el levantamiento de este embargo.
	USME 4869999484	95	✓	X	X	✓	En los soportes financieros de las conciliaciones bancarias no se encontró extracto bancario, ni reporte del sistema contable.
DAVIVIENDA	No. 4869928072	908	X	X	X	X	
<b>TOTAL</b>		<b>127.493</b>					

CUENTA DE AHORROS							
BANCO	DESCRIPCIÓN	SALDO (Miles de pesos)	CONCILIACIÓN BANCARIA (REQUISITOS)				OBSERVACIONES
			ELABORADA	EXTRACTO BANCARIO	REPORTE SISTEMA	FIRMAS	
DAVIVIENDA	No. 4800391056	2.890.546	✓	✓	✓	X	Falta firma de Contabilidad
BBVA	TUNAL 4190200099999	569.952	X	X	X	X	Según respuesta de la Subred Sur a informe presentado por esta Revisoría Fiscal para el mes de Junio 2017, informa que esta cuenta se encontraba embargada a Junio 2017, luego de levantado el embargo para Agosto 30 2017 esta cuenta fue cancelada.
NO ES CLARO	MEISSEN	-	X	X	X	X	Esta cuenta no aparece en balance de prueba a Julio 2017
DAVIVIENDA	No. 4800393839	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800393821	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800393797	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800393912	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800394043	-	X	X	X	X	Cuenta cancelada
DAVIVIENDA	No. 4800393789	-	X	X	X	X	

DAVIVIENDA	No. 4800394035	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800394506	2.749.953	X	✓	✓	X	La conciliación se encontró tachada
DAVIVIENDA	No. 4800394027	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800396923	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800396956	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800396964	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800397665	32	X	X	X	X	
BANCOLOMBIA	No. 56763560762	-	X	X	X	X	Se verifica en el balance que esta cuenta ya se visualiza, sin embargo no hay conciliación bancaria en los soportes del informe respuesta a esta Revisoría Fiscal.
DAVIVIENDA	No. 4800407043	170.013	✓	✓	✓	✓	Cuenta nueva Julio 2017
DAVIVIENDA	No. 4800402861	466.383	✓	✓	✓	✓	Cuenta nueva Julio 2017
DAVIVIENDA	No. 4800407746	101.502	✓	✓	✓	✓	Cuenta nueva Julio 2017
<b>TOTAL</b>		<b>21.912.655</b>					

✓ Cumple  
x No cumple

Fuente: Conciliaciones Bancarias Julio 2017 Subred Sur

En el cuadro anterior solo están reflejadas las cuentas bancarias que presentaron observaciones en el momento de su revisión, las demás cuentas están al día en cuanto a los requisitos exigidos por la normatividad en la elaboración de conciliaciones bancarias. Los hallazgos encontrados en el cuadro anterior han sido informados al área de Tesorería para su respectiva aclaración, vía correo electrónico el pasado 28 de Septiembre de 2017, se solicitó la aclaración de estas observaciones, el cual fue respondido parcialmente el mismo día, con los siguientes soportes:

**Certificado cancelación cuenta corriente BBVA No. 419440100007778**

BBVA COLOMBIA  
CERTIFICA

Que HOSPITAL EL TUNAL  
identificado(a) con NIT  
BOGOTA DC  
Entidad por concepto del de la CUENTA CORRIENTE  
el(la) cual se encuentra totalmente cancelado(a).

número 000000800208488 expedido(a) en  
, se encuentra a paz y salvo con nuestra  
número 00130419400100007778

La presente constancia se expide en la ciudad de BOGOTA a los  
29 días del mes de AGOSTO del año 2017 .

Cordialmente,  
  
Firma funcionario autorizado  
Cargo

**Certificado cancelación cuenta de ahorros BBVA No. 419400200099999**

BBVA COLOMBIA  
CERTIFICA

Que HOSPITAL EL TUNAL  
identificado(a) con NIT  
BOGOTA DC  
Entidad por concepto del de la CUENTA DE AHORROS  
el(la) cual se encuentra totalmente cancelado(a).

número 000000800208488 expedido(a) en  
, se encuentra a paz y salvo con nuestra  
número 0013041940020009999

La presente constancia se expide en la ciudad de BOGOTA a los  
30 días del mes de AGOSTO del año 2017 .

Cordialmente,  
  
Firma funcionario autorizado  
Cargo



## Certificado cancelación cuenta de ahorros Davivienda No. 4800394043



Bogotá, 28 de Septiembre de 2017

Doctora  
**Claudia Helena Prieto Vanegas**  
Gerente Subred Integrada de Servicios de Salud del Sur  
Ciudadanía

Asunto:  Certificación cuentas cancelada

Estimada doctora Claudia Helena, de acuerdo a su solicitud envío el estado actual de las cuentas.

004800394043 ESTADO CANCELADA 08/07/2017

Esperamos de esta forma haber atendido satisfactoriamente su solicitud, en caso de necesitar información adicional no dude en comunicarse con nosotros.

Cordialmente,



**GENITH NATHALIA LAVERDE BAUTISTA**  
Director Administrativo Oficina Tunal  
**BANCO DAVIVIENDA**



AD 040 4 Rev. V 2006/06, BMS 004 215-7 / www.davivienda.com

Así mismo, el área de tesorería hace llegar a esta Revisoría Fiscal el día 04 de Octubre de 2017 la correspondiente conciliación bancaria de la cuenta Davivienda No. 4800394506 que se encontraba tachada al momento de la revisión, la Dra. Gloria Sánchez (Tesorera) manifiesta que esta conciliación se encontraba tachada debido a que en el formato de la conciliación se digitó en partidas conciliatorias los rendimientos y los gastos financieros, sin embargo estos valores si habían sido incluidos dentro del cierre de Julio 2017. También hace llegar la conciliación bancaria de la cuenta Davivienda No. 4869998072 que no estaba incluida en la carpeta de conciliaciones bancarias a Julio de 2017.

## 5.1.2 CUENTAS BANCARIAS CON PARTIDAS CONCILIATORIAS A JULIO 2017

### HALLAZGOS

- CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 56763561424**

SALDOS ACUMULADOS A JULIO 2017		
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	SALDO LIBROS	SALDO EXTRACTOS
	MILES DE PESOS	MILES DE PESOS
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	0	0
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	0,04	0
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
<i>FUENTE AREA DE TESORERIA DE LA ENTIDAD</i>		

Esta partida conciliatoria corresponde a un mayor valor registrado como rendimiento financiero en el mes de Julio 2017.

- CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA 4800397418**

SALDOS ACUMULADOS A JULIO 2017		
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	SALDO LIBROS	SALDO EXTRACTOS
	MILES DE PESOS	MILES DE PESOS
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	0	0
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	200.114	0
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
<i>FUENTE AREA DE TESORERIA DE LA ENTIDAD</i>		

Esta partida conciliatoria corresponde al rechazo de un pago realizado a la Fundación de la Mano Contigo el día 31 de Julio del 2017 porque el banco reporta que la cuenta esta inhabilitada.

- CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA 4800394050**

SALDOS ACUMULADOS A JULIO 2017		
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	SALDO LIBROS	SALDO EXTRACTOS
	MILES DE PESOS	MILES DE PESOS
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	10	0
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	0	0
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	0
<i>FUENTE AREA DE TESORERIA DE LA ENTIDAD</i>		

Esta partida conciliatoria viene desde Enero de 2017 y tiene la siguiente permanencia:

FECHA	CONCEPTO PARTIDA	VALOR MILES DE PESOS	DIAS DE PERMANENCIA
1 Y 2 ENERO 2017	DIFERENCIA EN MOVIMIENTO DE RECAUDO	10	210 DIAS
<i>FUENTE AREA DE TESORERIA DE LA ENTIDAD</i>			

- **CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA 4800391056**

Retomando el análisis de los saldos acumulados a Junio de 2017 en la conciliación bancaria para esta cuenta que fue presentado en nuestro anterior informe de actividades así:

SALDOS ACUMULADOS A JUNIO 2017				
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	PERIODO		SALDO LIBROS	SALDO EXTRACTOS
	DESDE	HASTA	MILES DE PESOS	MILES DE PESOS
BBVA	AGOSTO 2016	JUNIO 2017	(2.419.855)	0
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	AGOSTO 2016	JUNIO 2017	9.122.564	0
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	AGOSTO 2016	JUNIO 2017	0	11.357.487
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	AGOSTO 2016	JUNIO 2017	0	(3.733.685)

Y se puede evidenciar que a Julio de 2017 los saldos acumulados para esta conciliación bancaria tuvieron el siguiente comportamiento:

SALDOS ACUMULADOS A JULIO 2017				
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	PERIODO		SALDO LIBROS	SALDO EXTRACTOS
	DESDE	HASTA	MILES DE PESOS	MILES DE PESOS
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	AGOSTO 2016	JULIO 2017	(2.144.665)	0
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	AGOSTO 2016	JULIO 2017	8.772.469	0
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	AGOSTO 2016	JULIO 2017	0	10.652.667
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	AGOSTO 2016	JULIO 2017	0	(3.497.249)

Se efectúa comparativo donde muestra que se realizó la siguiente depuración durante este periodo:

DEPURACION ENTRE JUNIO Y JULIO 2017			
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	DEPURACION		VARIACIÓN
	LIBROS	EXTRACTO	%
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	275.190		-11
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	350.095		-4
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	704.820	-6
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	236.436	-6

Claramente se puede observar que durante este periodo se efectuó depuración en todos los conceptos de partidas conciliatorias.

### **5.1.3 FACTORES DE RIESGO**

La no elaboración oportuna de conciliaciones bancarias ocasiona la pérdida del control en la identificación de entradas o salidas de fondos de los cuales no hay soporte en Contabilidad, y no se tiene claro su manejo.

Prevenir errores tanto de la Subred como de las Entidades Bancarias.

No poder comprobar las transacciones que se hayan olvidado, quizás por pérdida de documentos o por no hacer la causación dentro del periodo correspondiente.

El permitir la existencia de partidas conciliatorias con más de un mes, dificulta la toma de decisiones en cuanto al disponible, pues los saldos de las cuentas bancarias no serían exactos, y la depuración de las mismas se vuelve con el tiempo más dispendiosa, pues resulta complicado identificar la documentación soporte entre más pasen los días.

No tener claro el saldo del disponible en caso de presentarse toma de decisiones, pues esto afecta los Estados Financieros que son la base para la entrega de reportes a las entidades de control.

### **5.1.4 PROPUESTA DE MEJORAMIENTO:**

Es recomendable analizar si con el personal existente en el área de Tesorería, tanto para la elaboración y depuración de conciliaciones bancarias, como para las demás actividades propias de esta área, es suficiente debido al alto volumen de información que maneja la Subred y el número de cuentas bancarias activas a nombre de la misma, con el fin de minimizar el margen de error pues cada funcionario tendría el tiempo suficiente cumplir con sus responsabilidades en forma oportuna y con calidad requerida.

Adelantar la depuración de partidas conciliatorias principalmente para la cuenta de ahorros Davivienda 4800391056, esto ayudaría en gran manera a identificar el manejo de sus recursos durante este largo periodo, pues a la fecha no se tiene claridad sobre la procedencia de estas partidas, por lo cual es necesario dar confiabilidad a los saldos existentes en la cuenta bancaria.

En relación con esta cuenta la Administración indica en forma resumida lo siguiente: "(....) dada la cantidad de información se da inicio a la actualización de las conciliaciones bancarias en el mes de octubre de 2016 y la evaluación de la depuración de las mismas, debido a la cantidad de registros que también se originaron en la fusión, lo que retraso aún más la evaluación de tal forma que se llega a Diciembre con partidas significativas, por lo que en los meses siguientes se realizó labor de depuración obteniendo como resultado una depuración en partidas de diciembre a septiembre de total de

7.782 registros se han depurado 7.131 quedando por depurar 651 registros, depurando en porcentajes se deduce: Egresos pendientes libros 96.79%, Ingresos pendientes libros 98.18%, Egresos pendientes extracto 94.93%, Ingresos pendientes 59.20%; el porcentaje restante se estará depurando, a medida de la verificación de los registros”.

Además se reitera que las cuentas manejadas por la Subred, así estén con saldo cero y no hayan tenido movimiento durante el periodo, pero que se encuentren activas deben presentar su correspondiente conciliación hasta el momento en que sean canceladas, y dicha conciliación debe ser presentada a la Revisoría Fiscal para su análisis y verificación. Se sugiere que a Noviembre 30 de 2017 todas las cuentas deben estar conciliadas, asimismo, canceladas las que no estén siendo utilizadas por la Subred, de esta manera se presentara la información financiera más sujeta a la realidad, de no ser así, se deben iniciar los procesos disciplinarios contemplados en la normatividad interna y externa vigentes para dicho caso.

**REITERAMOS NUESTRA RECOMENDACIÓN DEL INFORME DE AGOSTO:**

Las cuentas que estén a nombre de las USS deben presentar su correspondiente conciliación hasta el momento en que sean canceladas, y dicha conciliación debe ser presentada a la Revisoría Fiscal para su análisis y verificación. Se recomienda que a Noviembre 30 de 2017 todas las cuentas deben estar conciliadas, asimismo canceladas las que no estén siendo utilizadas por la Subred, de esta manera se presentara la información financiera acorde a la realidad, de no ser así, se deben iniciar los procesos disciplinarios contemplados en la normatividad interna y externa vigentes para dichos casos de incumplimiento etc.

## 5.2 AUDITORIA TRIBUTARIA

PERIODO	AUDITORIA	HORAS	AUDITORES
1-30 Septiembre 2017	TRIBUTARIA	12	YEIMY MONTILLA
		12	VIVIANA CUBILLOS
	<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	

ACTIVIDAD	ALCANCE	INFORMACION ANALIZADA	HALLAZGOS	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE SUBRED	AUDITORES
AUDITORIA TRIBUTARIA	Revisar los comprobantes de proveedores y contratistas con sus respectivos soportes, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes, verificando el adecuado cálculo para cada uno de los impuestos y dar cumplimiento oportuno al pago de dichas obligaciones. Revisión de las carpetas de cuentas por pagar y acreedores.	Balance de Prueba a Agosto 2017, Libro auxiliar del pasivo, 97% de las causaciones de Inventarios y Cuentas por Pagar con sus soportes, Borrador declaración Retención en la Fuente e Ica.	Se presentó la causación de facturas del mes anterior es decir Julio de 2017. Se evidenció diferencia en causación de subtotal entre factura y Comprobante de Entrada, pues hacia falta el soporte de dicha diferencia. Se aplicó reteiva a proveedor autorretenedor, se pidió la elaboración de Nota que reverse este valor.	Al momento de elaborar las causaciones, verificar que estas hayan quedado debidamente registradas. Si se realizan anulaciones, o modificaciones en los comprobantes, dejar constancia de estos cambios, para que al momento de practicar las revisiones pertinentes no se presenten inconsistencias. Se solicita que la causación de las facturas se elaboren en el respectivo mes facturado, para dar cumplimiento al principio de causacion y realización contable.	Luis Fernando Arévalo (Contabilidad)	Yeimy Montilla Viviana Cubillos

Durante la revisión de la declaración correspondiente a Agosto de 2017 se encontró lo siguiente:

### 5.2.1 RETENCION EN LA FUENTE E ICA

La declaración fue presentada y cancelada dentro de las fechas establecidas por la ley.

Para la declaración de Retención en la fuente e Ica correspondiente al mes de Agosto del 2017, esta Revisoría Fiscal desarrollo un análisis de la documentación soporte de las mismas en un 97%, en la cual se evidencio que:

- Durante el proceso de revisión de la información, se detectó que el Comprobante de Entrada No. 04 1385 Farmapos presento factura del mes de Julio de 2017.
- Los Comprobantes de Entrada Nos. 06 16 y 04 1372 del proveedor Innovaciones Medicas LTDA presentan factura del mes de Julio de 2017.

**NOTA:** Luego de socializado este informe con el Área Financiera cuyo Líder es el Dr. Mauricio Arévalo, donde aclaran que esto se presenta por dos motivos, bien puede ser, porque son facturas que se radican en la Subred luego del día 28 del mes o porque la persona que las recibe las retiene de manera involuntaria por olvido y no entran dentro de los días de causación, según el siguiente texto de aclaración:

- **Aclaración de la Administración:** En cuanto al informe de Agosto indica: “Una vez revisados los documentos referenciados en la página 12 del informe, se pudo evidenciar que las facturas Nos. 14409 entrada 041372 y 14447, entrada 06016 de innovaciones Medicas Ltda. Fueron ingresadas en Julio como se observa en las respectivas entradas al inventario se (anexan 2 folios), la factura 21492 entrada No 041385 de Farmapos igualmente ingresa en el mes de Julio se (anexa 1 folio). Por error involuntario se anexaron copias de estos documentos en las AZ del mes de Agosto”.
- El Comprobante de Entrada No. 04 1517 del proveedor Orbus Pharma con factura No. 36876 no presenta nota que sustente disminución del subtotal, pues dicha factura reporta \$ 193.500 pesos y en el Comprobante No. 04 1517 se observa \$ 176.000, se informa al área de Contabilidad quien expresa que el valor causado corresponde a insumos, y el valor restante se refiere a gastos de transporte y arriendo de nevera para conservar el insumo, este valor fue cancelado por caja menor, sin embargo no fue suministrado por parte del área de Contabilidad copia que soporte este movimiento en caja.
- La cuenta por pagar No. 68535 a nombre de Gilmedica SA factura No. 60257 se le liquido el valor del reteiva el cual no debería aplicarse, porque el proveedor es autorretenedor y así lo expresa en la factura, se informa al área de Contabilidad quien realiza la nota contable No. 493 para su reversión por valor de \$ 989.249 pesos.
- **RECOMENDAMOS** que antes de entregar las carpetas de Cuentas por Pagar e Inventarios para su correspondiente revisión, es necesario que estas sean revisadas antes de su entrega para evitar retrasos en nuestro proceso de revisión.



### 5.3 AUDITORIA DE CONTROL INTERNO

PERIODO	AUDITORIA	ITEM DEL CONTRATO	HORAS	AUDITORES
1-30 Septiembre 2017	CONTROL INTERNO	Clausula 4 Literal E	40 40	YEIMY MONTILLA VIVIANA CUBILLOS
<b>TOTAL</b>			<b>80</b>	

ACTIVIDAD	ALCANCE	INFORMACION ANALIZADA	HALLAZGOS	RECOMENDACIÓN	RESPONSABLE SUBRED	AUDITORES
AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	Revisión de los Manuales de Procedimientos de la Subred Sur. Verificar la aplicación de dichos manuales en cada una de las áreas objeto de la auditoría financiera. Verificar la exactitud, legalidad y legitimidad de los documentos que justifican las operaciones realizadas, permitiendo visualizar fácilmente los procedimientos analizados.	Certificaciones, Parafiscales, Libros auxiliares, comprobantes de pago, Estados de Cartera, Conciliación de saldos entre Cartera y Contabilidad Relacion de facturación por Unidades de Servicio, Actas de seguimiento y depuración de cartera. Verificación formatos manuales de funciones y procedimientos (tesorería).	No se detecto inconsistencias en la revisión de estos documentos. Se verificó el pago oportuno por concepto de Parafiscales para cada uno de los funcionarios de la Subred, de acuerdo a la normatividad vigente.	Continuar con el debido proceso en la elaboración de los soportes de cada de las certificaciones y actas que requieran aval y firma de Revisor Fiscal.	Líderes de Área	Yeimy Montilla Viviana Cubillos

#### 5.3.1 TRABAJO DE CAMPO

##### 5.3.1.1 Visita USS Tunal área de Tesorería

Objetivos:

Verificar que los procedimientos y los controles aplicados en el área de Tesorería sean adecuados, de esta manera alcanzar mayor eficiencia y productividad.

Asesorar a la Administración de la Subred en los aspectos más relevantes que sean encontrados durante el proceso de revisiones llevados a cabo por esta Revisoría.

De acuerdo a los manuales de funciones, verificar el cumplimiento de lo estipulado en ellos para cada funcionario.

## Procedimiento

En el mes de Septiembre de 2017 se efectuó visita al área de Tesorería. En el transcurso de la misma se efectuaron entrevistas a los funcionarios del área que se encontraban disponibles en el momento, como evidencia de ello se firma acta de dicha visita por los siguientes funcionarios:

Gloria Sánchez	(Tesorera)
Leidy Gil	(Auxiliar Administrativo)
Reynel Castañeda	(Técnico administrativo)
Juan Miguel Gómez	(Profesional Universitario)

→ Entrevista Leydi Gil

Persona encargada de apoyar las diversas actividades de Tesorería como son:

- Anulación de cheques y recibos de caja.
- Arqueo de caja.
- Pago nómina.
- Pago proveedores.
- Proceso contingencias.
- Recaudo de dineros.
- Devoluciones de dinero.

Acompañamiento en el ajuste y aplicación de los manuales de procedimientos del área de tesorería, los cuales fueron aprobados en Agosto de 2017, luego de ser socializados y discutidos con el área de Calidad. Los manuales de procedimiento y sus formatos realizados fueron:

Formatos:

- GF-GGA-FT-08 V1 SOLICITUD devolución /anulación/notas crédito.
- GF-GGA-FT-07 V1 Anulación de recibos de caja.
- GF-GGA-FT-12 V1 Formato de recorrido recaudo de efectivo/ Tesorería.
- GF-GGA-FT-13 V1 Formato recaudo de títulos valores- Pagare.
- GF-GGA-FT-14 V1 Informe de entrega de fondos por cajero.
- GF-GGA-FT-11 V1 Conciliaciones Bancarias
- GF-GGA-09 V1 Control conceptos auditoria de facturas para devolución de dinero.
- GF-GGA-FT-06 V1 Control solicitud devoluciones de dinero total o parcial, letras y/o reliquidación de cuentas.
- GF-GGA-FT-10 V1 Solicitud devolución de dinero total o parcial.
- GF-GGA-FT-01 V1 Arqueo de caja.
- GF-GGA-FT-07 V1 Boletín diario de Bancos Tesorería.
- GF-GGA-09 V1 Control conceptos auditoria de facturas para devolución de dinero.
- GF-GGA-FT-02 V1 Relación de entrega de dinero y soportes a Tesorería cuando se presentan fallas o cierre de mes en sistemas.
- GF-GGA-FT-04 V1 Paz y salvos.

- GF-GGA-FT-05 V1 Recibo de caja manual.
- GF-GGA-FT-03 V1 Acta anulación de cheques.
- GF-GGA-PR-09 V1 Procedimiento anulación de cheques Subred sur.

Procedimientos:

- GF- GGA- PR- 04-V1 Recaudo efectivo y título valor.
- GF-GGA-PR-06 V1 Procedimiento devolución de dinero.
- GF-GGA-PR-02 V1 Procedimiento arqueo de caja.
- GF-GGA-PR-01 V1 Recaudo Subred Sur.
- GF-GGA-PR-09 V1 Proceso conciliaciones bancarias.
- GF-GGA-PR-05 V1 Recibos manuales y paz y salvos plan de contingencia por caída del sistema o fluido eléctrico.

Instructivos:

- GF- GGA-INS-01 V1 Instructivo para custodia del dinero efectivo y manejo de las cajas fuertes de los cajeros.
- GF-GGA-INS-02 V1 Instructivo para anulación de cheques.

De los anteriores procesos mencionados, se analizó y comprobó el formato GF-GGA-FT-11 V1 Conciliaciones Bancarias teniendo en cuenta el Proceso conciliaciones bancarias GF-GGA-PR-09 V1, de la siguiente manera:

Se verifico que para la elaboración de las conciliaciones bancarias se esté cumpliendo con los siguientes requerimientos:

1. Preparar la conciliación: Reunir los extractos bancarios, libros de bancos, cruce de información Cartera y Tesorería, elaboración de recibos de caja, para generar el Boletín de Tesorería y las notas de Tesorería.
2. Solicitar o imprimir los extractos bancarios.
3. Elaboración de la conciliación bancaria en el formato GF-GGA-FT-11 V1 (Las conciliaciones bancarias que esta Revisoría Fiscal ha podido analizar, aún no han sido elaboradas en este formato, pues el mismo empezó a regir desde Agosto 2017, y para nuestra verificación hemos revisado hasta Julio 2017. Las conciliaciones del mes de Agosto 2017 ya fueron solicitadas al área de Tesorería, a la fecha de este informe no nos han sido suministradas).
4. Firmas de la conciliación: Firma tesorero, Contabilidad y quien la elaboró.

— Entrevista Juan Miguel Gómez:

Está encargado de contestar oficios, derechos de petición, demandas (Contratos) de años anteriores, pues este funcionario fue el Tesorero del anterior Hospital El Tunal Nivel III. Se encuentra realizando también depuración de conciliaciones bancarias correspondientes a cuentas que se manejaban en el Hospital anteriormente mencionado, pues estas presentaron

represamiento de partidas conciliatorias que no se solucionaron para el momento de la creación de la Subred Sur. Expresa el Señor Juan Miguel que se encuentra en el 98% de avance en la depuración de estas partidas, y se compromete a entregar dicho informe a finales del mes de Septiembre de 2017.

– Entrevista Reynel Castañeda:

Funcionario encargado de realizar los Comprobantes de Egreso -pagos que se presenten día a día, como son pagos a proveedores, nomina, servicios públicos, giros Sivicof, etc.

De igual manera participa en la elaboración del cruce de relación ingresos y gastos generados entre Presupuesto y Tesorería los dos primeros días de cada mes.

En cuanto a la atención al público expresa Reynel, que esta actividad requiere de mucho tiempo, aunque hay establecido un horario de atención, no se respeta y esto interfiere con sus demás actividades, pues manifiesta, que se hace realmente necesario incorporar más personal para el área de Tesorería, pues son muchas actividades a realizar diariamente para tan poco personal.

– Entrevista Gloria Sánchez (Tesorera)

Líder de área, encargada de las funciones esenciales para el desarrollo efectivo y transparente de esta área, dando cumplimiento a políticas y normatividad vigente.

Actualmente junto con una funcionaria del área de Contabilidad se encuentran elaborando las conciliaciones bancarias de las cuentas bancarias manejadas por la Subred. Sumado a esto la Dra. Gloria se ha dedicado a la depuración de partidas conciliatorias de la cuenta Davivienda 4800391056, que venía presentando un atraso, ella manifiesta que esta labor la ha tenido que llevar a cabo en tiempo extra de sus horas laborales, pues con la falta de personal esta actividad no se puede realizar en el común transcurrir de un día de trabajo.

Dentro de sus funciones esta tener acceso a la plataforma virtual de las entidades bancarias para acceder a la información de manera inmediata, dejando preparados los giros en el sistema, ya que la única persona autorizada para realizar los pagos como tal es la Gerencia, sin embargo, los únicos pagos que no presentan esta restricción son los servicios públicos, cuyos pagos los hace directamente la Tesorera debido a que estos no dan espera. También es la persona encargada de la apertura de los estados de cuenta bancarios que llegan en físico a la Entidad.

Los cheques, que son expedidos de manera esporádica, son elaborados manualmente en Tesorería y firmados por Gerencia.

La apertura y cancelación de cuentas bancarias es autorizado exclusivamente por Gerencia.

## **FACTOR DE RIESGO**

De acuerdo a las entrevistas realizadas a los funcionarios que se encontraban presentes durante la visita de esta Revisoría Fiscal, se pudo evidenciar claramente que cuentan con muy poco personal para dar cumplimiento a las actividades propias del área, pues el volumen de información de recaudos y pagos que maneja la Subred es muy elevado, y teniendo en cuenta que esta área tiene movimiento diario, no se cuenta con el personal suficiente para cubrir de manera oportuna todas las labores, aumentando así el peligro de errar al momento de realizar pagos, pues en ocasiones la Administración autoriza realizar un alto volumen de pagos en poco tiempo, para una sola persona, y teniendo en cuenta que esta persona debe revisar que el giro cumpla con todos los requerimientos y de ahí proceder a realizar la transferencia. Vale resaltar la importancia de la segregación de funciones en esta área, pues dichos funcionarios tienen a cargo la administración de los recursos de la Subred.

## **PROPUESTA DE MEJORAMIENTO**

Se sugiere dar trámite a la solicitud de la Líder de Tesorería a la Administración en cuanto al incremento de colaboradores en esta área, pues la misma está en riesgo de no dar cumplimiento al propósito principal del área pudiendo presentar fallas en el desarrollo de las actividades cotidianas.

### **5.3.2 VERIFICACION DE DOCUMENTOS PARA FIRMA**

#### **5.3.2.1 PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL:**

Esta información fue suministrada a esta Revisoría Fiscal para su revisión, de lo cual dejamos constancia que la Subred Sur se encontraba a paz y salvo en los pagos de seguridad social establecidos por la ley para los meses de Julio y Agosto de 2017.

#### **5.3.2.2 CERTIFICACIONES:**

El documento descrito a continuación fue revisado y avalado previamente para su correspondiente firma de Revisoría Fiscal:

- Revisión certificación de Cartera por valores pendientes de cancelar libres para pago por parte de la Caja de Compensación Familiar de Boyacá Comfaboy a Junio 30 de 2017 por valor de \$ 403.891.761 pesos.

### **5.3.3 CONCLUSION:**

De acuerdo a visita y entrevistas realizadas en el área de Tesorería en el mes de Septiembre de 2017 en la USS Tunal, se nos indica que la falta de personal es uno de los factores que más incide en la no presentación oportuna de la información de esta área, como es la depuración de partidas conciliatorias de la cuenta bancaria Davivienda 4800391056, pues los funcionarios presentan sobrecarga laboral, lo que hace que ellos tengan que dar prioridad a las actividades más relevantes del día a día, sin importar la programación de actividades que se haya acordado anteriormente con el Líder de área, por tanto es importante llevar a cabo el análisis de personal ya recomendado anteriormente.

Es importante continuar con el proceso de depuración de las conciliaciones bancarias, sobre todo de aquellas cuentas que vienen de los anteriores procesos contables y de tesorería, que aún hoy están afectando los Estados Financieros de la Sub Red, cuya fecha ideal debe ser antes del cierre de Noviembre de 2017, como ya lo habíamos indicado en anterior informe.

## **6. AUDITORIA JURIDICA**

## 6. AUDITORIA DE JURÍDICA Y CUMPLIMIENTO O LEGALIDAD:

PLAN DE AUDITORIA	AUDITORIA DE JURIDICA Y CUMPLIMIENTO O LEGALIDAD
ITEM DEL CONTRATO	CLAUSULA CUARTA – LITERAL f)
INFORME – FRECUENCIA	MENSUAL
PARTICIPANTES	✓ AUDITOR JURIDICO – NANCY A. GONZALEZ ✓ REVISOR FISCAL – PEDRO BARRETO
HORAS MES	90

### INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de la auditoria jurídica, se evidenciará la aplicabilidad de lo establecido en el estatuto y manual de contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E, en concordancia con la Constitución y las normas establecidas.

### OBJETIVO Y ALCANCE

Verificar en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E, la aplicación de los manuales de contratación Resolución 450 de 1 de agosto de 2016, Resolución 630 de 2016 y Resolución 396 de 7 de abril de 2017; en el periodo enero a agosto de la vigencia 2017.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar y verificar el cumplimiento de las etapas procesales para cada una de las modalidades de contratación.
2. Establecer la aplicación de los manuales de supervisión Resolución 623 de 2016 supervisión e interventoría de contratos.
3. Verificar la realización de la liquidación de convenios.
4. Verificar la publicación de los documentos contractuales en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP del Decreto 1082 de 2016.
5. Verificar el cumplimiento del Artículo 2.2.1.1.1.4.1. Plan Anual de Adquisiciones y del Artículo 2.2.1.1.1.4.3. Publicación del Plan Anual de Adquisiciones.

#### 6.1 Resultados Preliminares de la Auditoria

Análisis, observación, seguimiento, verificación y evaluación de los siguientes: CONVOCATORIAS PUBLICAS 006 y 007, y contratos de suministro de material médico quirúrgico 103,109, 111,113 y contratos de suministro de medicamentos 83, 76, 87, 88 y 93 los siguientes suscritos con posterioridad al



1 de Agosto de 2016, con el propósito de establecer si se ajustan a los principios de contratación, establecidos por la Constitución Política, la Ley y los lineamientos dispuestos en el Acuerdo 641 de 2016, Estatuto y Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., se toma esta muestra con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos.

## 6.2 Análisis Contratación Subred Sur E.S.E.

De forma preliminar se verificaron los siguientes elementos:

1. Presupuesto establecido por el Confis para la Subred Sur E.S.E., la suma de \$368.024.780.130.
2. Presupuesto determinado para la contratación de la Subred Sur E.S.E., la suma de \$213.426.862.461
3. Número y porcentaje de Contratos suscritos por la Subred Sur E.S.E., a 31 de agosto de 2017:

**Tabla 1**  
**Contratación 1 de enero a 31 de agosto 2017**

MODALIDAD	CONTRATOS FIRMADOS	Núm. CONTRATOS	PORCENTAJE
CONVOCATORIAS PUBLICAS	77	77	39%
INVITACION A COTIZAR	75	75	38%
INVITACION A COTIZAR - PROCESO ESPECIAL	43	43	22%
<b>TOTAL</b>	<b>195</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Teniendo en cuenta lo anterior se procede al estudio y análisis del Acuerdo 03 del 3 de Mayo de 2016, "Por Medio del cual se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Sur Integrada de Servicios de Salud ESE", el cual establece en el art. 9 numeral 9.1.2, que la cuantía para que la Subred Sur E.S.E, requiere para contratar sin autorización de la Junta Directiva es aquella que supere el 2% del presupuesto aprobado por el CONFIS para la Subred Sur E.S.E, es decir la suma de \$7.360.495.602.6 y art. 6 del Acuerdo 009 del 30 de marzo de 2017 " Por medio del cual se modifican los acuerdos 03, 014 y 026 de 2016 y se adopta el Estatuto de Contratación de la Subred Sur Integrada de servicios de salud ESE"; requiere para contratar sin autorización de la Junta Directiva es aquella que supere el 3% del presupuesto aprobado por el CONFIS para la Subred Sur E.S.E; es decir la suma de \$11.040.743.403.9; en consecuencia, de la muestra seleccionada, ninguno de los contratos requiere la exigencia de este requisito.

Analizados los contratos seleccionados en la muestra se verificó, que éstos contarán con los estudios de necesidad, diseños y análisis de conveniencia y oportunidad, que se adecuarán a los planes de inversión y compras (Plan Anual de adquisiciones), así como, que cumplieran con los principios de la contratación estatal, el Estatuto y el Manual de Contratación de la Subred Sur E.S.E y el Derecho Privado aplicable.

**Tabla 2.**  
**CONTRATOS SUMINISTRO MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRURGICO**

Núm. PROCESO	TIPO DE CONTRATACIÓN	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	OBSERVACIONES PRELIMINARES
CONVOCATORIA PUBLICA 006/2017	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO		\$ 6.358.206.398	
103	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	SUMERCAR DC SAS	\$ 38.655.459	
109	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	HOSPIMEDIC SA	\$ 62.466.488	
111	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	SUMERCAR DC SAS	\$ 38.655.459	1. Para el 22 de septiembre de 2017 que se revisó el proceso contractual, se evidenció la solicitud de registro presupuestal, sin encontrar en físico el Certificado de Registro Presupuestal, a folio 163. En reunión de socialización de informe del 13 de octubre, se revisa nuevamente el proceso contractual y se evidencia la inclusión del documento faltante.  2. se evidencia prorrogas firmadas el 21 de julio de 2017 a folio 165 hasta 168 y no se encuentra la aprobación de pólizas.
113	SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO	HOSPIMEDIC SA	\$ 62.466.488	
CONVOCATORIA PUBLICA 007/2017	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		\$ 5.858.132.316	1. Se evidenció en el estudio de necesidad medicamentos sin número de código.
76	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	BLAU FARMACEUTICA COLOMBIA S.A.S	\$ 90.488.653	
83	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	\$ 508.055.556	
87	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	DEPOSITO DE DROGAS BOYACA	\$ 1.597.554.928	

Núm. PROCESO	TIPO DE CONTRATACIÓN	PROVEEDOR	VALOR INICIAL	OBSERVACIONES PRELIMINARES
88	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	RAMEDICAS OPERADOR LOGISTICO FARMACEUTICO	\$ 500.276.075	1. Se evidenció acta de audiencia de incumplimiento sin firma de la directora de contratación, FOLIO 425/426 del 30 de mayo 2017.  2. se evidencia acta de audiencia del 02 de junio sin firma de la directora de contratación a folio 427- 429.
93	CONSORCIO SOLINSA DISFARMA	CONSORCIO SOLINSA DISFARMA	\$ 1.416.356.566	1. Para el 22 de septiembre de 2017 que se revisó el expediente, no se evidencia en físico Certificado de Registro Presupuestal, (folio 133). En reunión de socialización de informe del 13 de octubre, se revisa nuevamente el proceso contractual y se evidencia la inclusión del documento faltante.

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

De la verificación dentro del componente de contratación de las CONVOCATORIAS PUBLICAS 006 y 007 del 2017, y contratos de suministro de material médico quirúrgico No. 103, 109, 111 y 113 de 2017; y contratos de suministro de medicamentos No.83, 76, 87, 88 y 93 de 2017, se evidenciaron los siguientes hallazgos para los contratos auditados:

1. En las convocatorias No. 006 y 007 de 2017, se solicitó a los proponentes, la presentación del Anexo 9 (formato Excel), correspondiente a la información financiera de estos; el cual se encontró bloqueado o protegido lo cual impedía ingresar dato. Los ponentes presentaron las observaciones frente a este caso y fue subsanado mediante adendas por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**Recomendación auditoria:** Se sugiere que los formatos o archivos que deban ser diligenciados por los proponentes se presenten en la forma clara y accesible para no afectar la participación de ninguno de estos ni retrasar los procesos de contratación.

2. En los formatos de informes parciales de ejecución de los contratos evaluados en esta auditoria se encontraron celdas sin diligenciar en forma completa.



**6.3 Recomendación Auditoria:** Se sugiere la implementación de procedimientos de gestión documental y puntos de control para que los documentos recibidos por la Oficina de contratación se encuentren diligenciados en su totalidad.

- Se evidencia la falta de vínculo (link) al Sistema Electrónico de Contratación Pública - SECOP, para la contratación pública, a través del cual se pueda acceder directamente a la información correspondiente al respectivo proceso contractual; incumpliendo con lo establecido en la Ley 1712 de 2014, **Artículo 10. Publicidad de la contratación.** En el caso de la información de contratos indicada en el artículo 9° literal e), *"... un vínculo al sistema electrónico para la contratación pública o el que haga sus veces, a través del cual podrá accederse directamente a la información correspondiente al respectivo proceso contractual, en aquellos que se encuentren sometidas a dicho sistema, sin excepción"*.

**Recomendación Auditoria:** Se recomienda la implementación en la Página WEB de la entidad, de vínculos que permitan acceder directamente a la información correspondiente a cada uno de los procesos contractuales en el Sistema de Contratación Pública – SECOP.

- No se evidencia por parte de la Oficina de Contratación el uso de la herramienta del gestor documental, según lo establecido en la Ley 1712 de 2014, **Artículo 15. Programa de Gestión Documental.** La Unidad de decisión comunica a la auditoria que no se tiene implementado por parte de esta el Gestor Documental, que se implementó principalmente para la atención prioritaria de Petición, quejas y reclamos.

### Pantallazo página Web Subred Integrada de Servicios de Salud SUR E.S.E

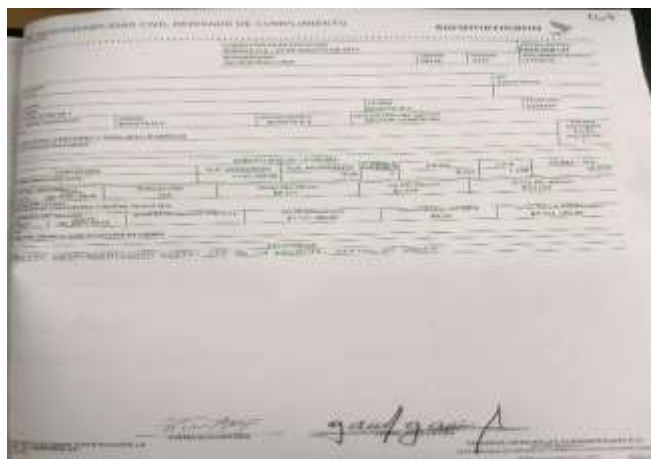
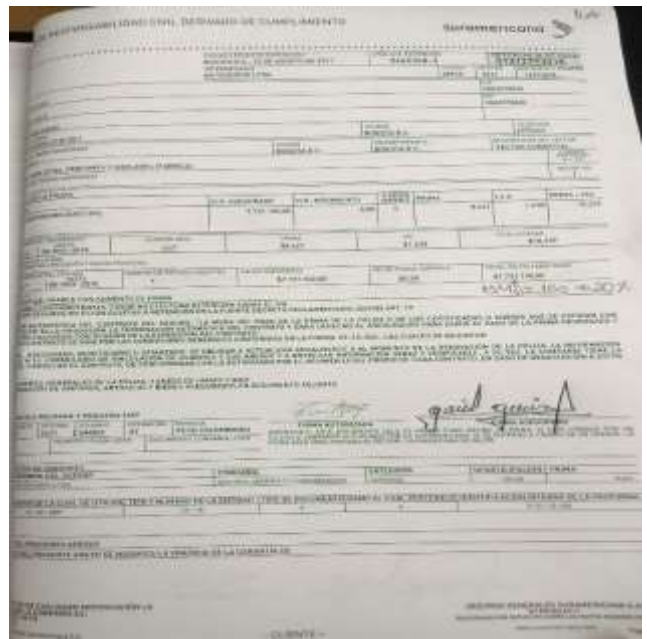
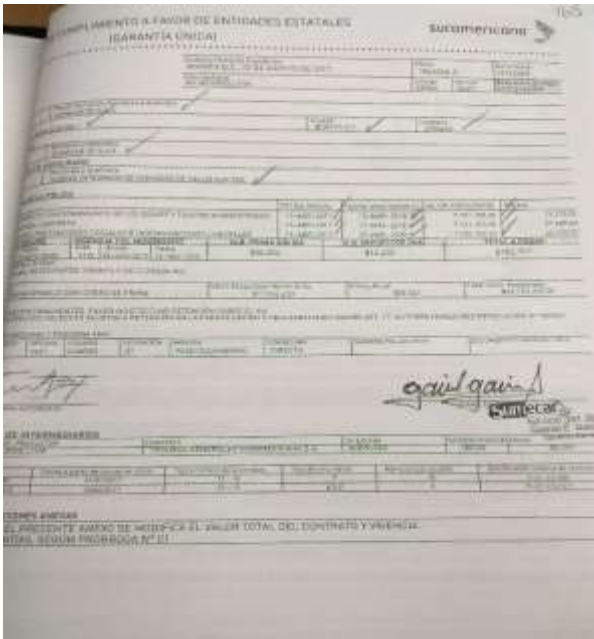
The screenshot shows the website interface for 'www.abiedur.gov.co'. The main navigation bar includes 'Inicio', 'Nuestra Subred Sur', 'Atención al Ciudadano', and 'Transparencia'. Below this, there is a 'Consultar Petición' button and a calendar. A list of services is displayed on the right, including 'Solicitud de Certificaciones', 'Cones Institucional', 'Resultados Laboratorio - Radiología', 'KAWAK', 'MAD Subred sur', 'UTILIDAD', and 'ORFEO'. The 'MAD Subred sur' and 'UTILIDAD' items are circled in red. At the bottom, there is a 'Contador de Visitas' section showing 'Total: 634,482' and 'Visitantes: Hoy: 3,832, Esta Semana: 33,102'.



**Recomendación Auditoria:** Con el fin de administrar el flujo de documentos, permitir la recuperación de información desde ellos, determinar el tiempo que los documentos deben guardarse, eliminar los que ya no sirven, asegurar la conservación indefinida de los documentos de suma importancia y evitar el gasto de papel; se recomienda a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. la implementación y uso de la herramienta de gestión documental en cada una de las dependencias que la componen.

- En el contrato No. 111 de 2017 (folios 165 hasta 168) no se evidenció la aprobación de Pólizas de Cumplimiento y Responsabilidad Civil Extracontractual, incumpliendo con lo establecido en el Manual de Contratación Resolución 396 de 2017, Artículo 15. Fase de ejecución. Numeral 15.5 requisitos de ejecución.

**Fotos Contrato No. 111 de 2017**



**Recomendación Auditoria:** Se recuerda que luego de la suscripción del contrato, prorroga o adición, debe contarse con el registro presupuestal y con la aprobación por parte de la entidad, de las garantías de cumplimiento y demás requeridas.

- En el proceso contractual No. 88 de 2017, se evidenció acta de audiencia de incumplimiento sin la firma por parte de la Directora de Contratación; lo cual incumple la Ley 1712 de 2014 **Artículo 3°. Otros principios de la transparencia y acceso a la información pública. "...Principio de la calidad de la información. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad".**

Fotos Contrato No. 88 de 2017



**Recomendación auditoria:** Referente al tema de la falta de firma se indica que es necesario adecuar la Gestión documental para dar cumplimiento a la ley de transparencia y veracidad a lo decidido en audiencias o reuniones.

- En el proceso contractual No. 93 (folio 133) y en el proceso contractual No.111 (folio 163), no se evidenció el documento en físico de Certificado de Registro presupuestal, incumplimiento con lo establecido en el Manual de Contratación Resolución 396 de 2017, artículo 14.2 PROCEDIMIENTO, numeral 14.2.1.5 Expedición Registro presupuestal

**Recomendación auditoria:** En el desarrollo de la reunión de socialización de Informe se encontró la inclusión en las carpetas de los procesos contractuales del documento en físico, sin embargo, se recuerda la obligatoriedad de contar con el Registro presupuestal y tener prueba de ello dentro del expediente físico del proceso contractual, revisar los procedimientos actuales y evaluar si es necesario modificarlos para evitar el incumplimiento.

### **Recomendación General – Etapa Precontractual**

En los procesos de contratación, la planeación realizada por las dependencias que requieren el suministro de medicamentos y material médico quirúrgico debe reevaluarse en virtud de haberse proyectado para un periodo determinado de 3 y 4 meses respectivamente, sin que en ningún caso se haya cumplido puesto que se debieron en todos los casos efectuar adiciones y prorrogas.



## **7. AUDITORIA ASISTENCIAL: “SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA”**

## 7. AUDITORIA ASISTENCIAL

PLAN DE AUDITORIA	AUDITORIA ASISTENCIAL, MEDICA Y DE GESTION DEL RIESGO
ITEM DEL CONTRATO	CLAUSULA CUARTA - Literal d
INFORME - FRECUENCIA	MENSUAL
PARTICIPANTES	✓ AUDITOR ASISTENCIAL - EDITH RAMIREZ CARDENAS
HORAS MES	180

### INTRODUCCIÓN

Para realizar nuestra labor como auditores de la Revisoría Fiscal es necesario dar un recorrido por las unidades de servicio de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. donde se presta el servicio de consulta externa especializada (Vista Hermosa, Tunal, Meissen, Medicina Interna, Candelaria y Abraham Lincoln), analizando para ello una serie de documentos en cada una de ellas, con el fin de cumplir este objetivo. Así, aprovechando esta labor, en el presente informe entregamos una visión general de cómo se encuentra la Entidad en el servicio de urgencias desde nuestro punto de vista como auditores en salud de la Revisoría Fiscal.

### OBJETIVO

Realizar visita a cada una de las Unidades de Servicio de Salud de la Subred integrada de servicios de Salud Sur E.S.E en su área de "Consulta Externa Especializada" (Vista Hermosa, Tunal, Meissen, Candelaria, Medicina Interna y Abraham Lincoln), para realizar un dx sobre la verificación de los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud de calidad a los usuarios y sobre procesos de gestión en salud que deben estar implementados en cada una de las Unidades de Servicio de Salud).

### ALCANCE

En el presente informe se realizara el análisis de la auditoria específica realizada al servicio de Consulta Externa Especializada desde la planeación hasta la implementación de las opciones de mejora de cada una de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E. (Vista hermosa, Tunal, Meissen, Candelaria, Medicina Interna y Abraham Lincoln) en el tercer trimestre del año 2017.

### METODOLOGIA

Para la realización de esta auditoría se siguieron las siguientes pautas:

1. En primera instancia se envió notificación de la visita a cada uno de los profesionales encargados de cada una de las Unidades de Servicios de

Salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, determinando la fecha, hora y contenido de la auditoria a realizar.

- Director del área de servicios ambulatorios de la Subred Sur: Jefe Luisa y Dr. Antonio Romero
  - Candelaria: Jefe María Inés Mercado.
  - Tunjuelito: Jefe María Isabel Ramírez.
  - Tunal: Jefe Ruth Ortega.
  - Meissen: Jefe Betsy
  - Vista Hermosa: Dra. Marcela Peña.
  - Abraham Lincoln: Dr. Manuel Pinto.
2. Se realiza la reunión de apertura en la fecha previamente acordada donde se establece y orienta la metodología a seguir.
  3. Se procede a realizar revisión de toda la parte documental, de requisitos mínimos, procesos y procedimientos de la institución a través de lista de chequeo.
  4. Se realiza recorrido y visita al servicio de Consulta Externa Especializada de cada Unidad.
  5. Se realiza reunión de cierre en la oficina de la Dirección de la Unidad de Servicios de Salud contando con la presencia del profesional encargado de la Unidad y el profesional por parte de la Firma de Revisoría Fiscal.

### **7.1 UNIDAD DE SERVICIO VISTA HERMOSA**



- ✓ Hallazgo: En el momento de la auditoria, no se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por

especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las guías de manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y también se recomienda realizar verificación de las guías de manejo con pares evaluadores de la Unidad de la Subred.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del programa de atención a víctimas de violencia sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que los pisos de la sala de espera de consulta externa especializada no cumplen con las condiciones de mantenimiento necesarias por presentar deficiencias (liso), exponiéndose al incumplimiento de la normatividad, a posibles accidentes de usuarios, trabajadores y visitantes.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones del piso.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que en el consultorio de g-o no cuenta con la división entre área de entrevista y de área de examen, incumpliendo con la normatividad y con el derecho a la privacidad.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de privacidad de los usuarios.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia en el consultorio de g-o cortina, ya que la ventana del consultorio está expuesta al corredor, incumpliendo con la normatividad y con el derecho a la privacidad.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur realizar un diagnóstico del estado de la

infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de privacidad a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: En el momento de la visita de la auditoria, el consultorio de g-o, no se encuentra dotado de doppler equipo indispensable para la valoración ofertada y seguridad de la atención de las usuarias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los insumos y equipos, esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia plan de emergencias y desastres aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia en una de las puertas de uno de los consultorios médicos del área de consulta externa especializada, en condiciones de mantenimiento inadecuadas ya que la chapa se encuentra dañada, aumentando el riesgo de incumplimiento normativo,

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur recomienda realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1 vez y de control son de la misma cantidad de minutos, el cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso y programar las agendas para consulta de 1 vez cada 30 min según resolución institucional y las agendas para consulta de control cada 20 min como lo dice lo dice la resolución 5261 de 1994.

## **7.2 UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD MEISSEN**

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las guías de manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y se recomienda realizar verificación de las Guías de Manejo con pares evaluadores de la Unidad de la Subred de Servicios del Sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del Programa de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia demora hasta de una hora en facturación para que el usuario pueda dirigirse al consultorio y ser atendido por el especialista, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y a los derechos de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el proceso de facturación y de contratación del personal necesario e idóneo para desempeñar este cargo.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1ª. vez y de control son de la misma cantidad de minutos, el cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia "Plan de Emergencias y Desastres", aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el área de calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia "Plan de Emergencias y Desastres", aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: el consultorio de g-o, no se encuentra dotado de "Doppler", equipo de órganos y de báscula en urgencias de g-o equipos indispensables para la valoración ofertada.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los insumos y equipos esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

- ✓ Hallazgo: se evidencia en la sala de espera de facturación, deficiente distribución de espacio de las ventanillas para facturar, lo cual lleva a los pacientes a estar desubicados y perder tiempo.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del



estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de la facturación al usuario.

- ✓ Hallazgo: se evidencia la falta de pintura de las paredes de los consultorios, aumentado el riesgo de incumplimiento de la normatividad y deficiencias en el proceso de aseo, limpieza y desinfección del área debido a las inadecuadas condiciones de infraestructura, lo que puede llegar a ocasionar la proliferación de colonias de microorganismos que pueden provocar infecciones tanto al personal asistencial como a los usuarios.





Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar un diagnóstico de las condiciones de infraestructura en los consultorios, para realizar un plan de intervención que mejore las condiciones de los mismos y del área en general.

- ✓ Hallazgo: Se evidencian las sillas para pacientes en los diferentes consultorios en deficientes condiciones de mantenimiento para la prestación del servicio, ya que las sillas se encuentran rotas, aumentado el riesgo del incumplimiento normativo, posibles deficiencias en el proceso de aseo y desinfección de las unidades lo que conlleva al riesgo de proliferación de colonias de microorganismos y posibles accidentes de los pacientes por las deficientes condiciones en que se encuentran.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere establecer un diagnóstico prioritario de los insumos que se debe realizar cambio por daños esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

### 7.3 CANDELARIA



- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las Guías de Manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y Se recomienda realizar verificación de las Guías de Manejo con pares evaluadores de la Unidad de la Subred de Servicios de Salud Sur.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad y la Subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia plan de emergencias y desastres aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el área de calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: El área de sala de espera de los usuarios no es el adecuado para el volumen de pacientes que asisten a la consulta, ya que en el momento de la visita se evidenciaron usuarios esperando a ser atendidos de pie y otros usuarios sentados en el piso.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de las salas de espera.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia acceso hacia el segundo piso para pacientes en condición de discapacidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad, de eventos adversos y de seguridad del paciente.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur realizar un

diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de acceso de los usuarios con discapacidad física.

- ✓ Hallazgo: no se evidencian áreas de circulación libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de usuarios y el personal.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de movilización de los usuarios y el personal que allí labora.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no hay rampa y la única escalera y vía de acceso que tiene la Unidad, es demasiado estrecha, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad, seguridad del paciente y eventos adversos.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de movilización de los usuarios y el personal que allí labora por las escaleras.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1a vez y de control tienen la misma cantidad de minutos, lo cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

#### **7.4 UNIDAD DE SERVICIO ABRAHAM LINCON**

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las Guías de Manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y se recomienda realizar verificación de las Guías de Manejo con pares evaluadores de la Unidad de la Subred de Servicios de Salud Sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del programa de atención a víctimas de violencia sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que los pisos de la sala de espera de consulta externa especializada no cumplen con las condiciones de mantenimiento necesarias por presentar deficiencias (liso), exponiéndose a incumplimiento de la normatividad, a posibles accidentes de usuarios, trabajadores y visitantes.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones del piso.

- ✓ Hallazgo: Se evidenció que la Unidad no tiene rampa de acceso, para pacientes en condición de discapacidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las



condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud Sur.

- ✓ Hallazgo: En los corredores del primer y segundo piso se evidencio la falta de algunos vidrios de las ventanas aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que todos los baños de la unidad presentan incumplimiento de la norma, por sus deficientes condiciones de mantenimiento, encontrándose unidades oxidadas, pisos, paredes y techos en inadecuadas condiciones de aseo, sanitarios sin tapa y deficientes condiciones de mantenimiento y aseo en general, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que en la unidad no cuenta con servicio sanitario para personas en condición de discapacidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud.

- ✓ Hallazgo: se evidencia congestión hasta de una hora en la facturación de los servicios, aumentando el retraso en la atención de los usuarios y aumentando el riesgo de incumplimiento de una atención oportuna.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar proceso de facturación y de contratación del personal necesario e idóneo para desempeñar este cargo y de esa manera evitar los retrasos y colapsos en la prestación de los servicios a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: Hallazgo: No se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las Guías de Manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y Se sugiere realizar verificación de las guías de manejo con pares evaluadores de la unidad de la subred de servicios de sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del programa de atención a víctimas de violencia sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el consultorio de g-o no cuenta con la división entre área de entrevista y de área de examen, incumpliendo con la normatividad y con el derecho a la privacidad.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones de privacidad a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el consultorio de g/o, la camilla no cumple con los requisitos mínimos para una atención segura, aumentado el riesgo de incumplimiento de la normatividad.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los insumos y equipos esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que los suministros mínimos necesarios en el consultorio de g/o para la realización de los tactos vaginales no se encuentran, el especialista lo debe realizar con el gel del ultrasonido, aumentado el riesgo de alergias y aumento en proliferación de bacterias ya que el uso de este gel es tópico y no vaginal.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los insumos, esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.



- ✓ Hallazgo: se evidencia el uso de tensiómetros con mercurio, aumentado el riesgo de incumplimiento de la normatividad ya que está prohibido su uso.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, retirar inmediatamente este equipo de los consultorios donde están instalados con el fin de brindar seguridad en la atención de los pacientes.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia plan de emergencias y desastres aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no hay señalización confiable con el número de consultorio, el nombre del profesional y la especialidad tratante, aumentando el riesgo del incumplimiento con la normatividad, seguridad del paciente, eventos adversos y demora en la atención.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y el área de comunicaciones para la implementación de señalización adecuada para los consultorios y poder ofrecer una atención de calidad y oportuna a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el proceso de la asignación de las citas con especialistas, los funcionarios no están brindando la debida información sobre el sitio exacto (dirección) de la atención y no se está preguntando antes de la asignación de la cita si es control y tiene los resultados de los paraclínicos solicitados por el especialista, generando un traumatismo en la atención y demora en la reprogramación de la cita con los resultados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una revisión el proceso de asignación de citas desde el área de calidad para la implementación de estos ítems y poder ofrecer una atención de calidad y oportuna a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1a vez y de control son de la misma cantidad de minutos, lo cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

- ✓ Hallazgo: se evidencia en toda la Institución unas condiciones de aseo deficientes, la cual aumenta espacios para la proliferación de colonias de microorganismos que ocasionen contagio de infecciones en pacientes, trabajadores y visitantes.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar capacitaciones con el personal de servicios generales y contratar personal para mantener las condiciones de aseo de la unidad al día.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que el consultorio de otorrinolaringología, no se encuentra dotado de equipo de órganos de los sentidos, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad, el aumento de eventos adversos por falta del equipo.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar un diagnóstico prioritario de los equipos esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

## **7.5 UNIDAD DE SERVICIO TUNJUELITO**

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las guías de manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y se sugiere realizar verificación de las guías de manejo con pares evaluadores de la unidad de la subred de servicios de sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del programa de atención a víctimas de violencia sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia un protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el área de calidad y la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia plan de emergencias y desastres aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1a vez y de control son de la misma cantidad de minutos, lo cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el proceso de la asignación de las citas con especialistas, los funcionarios no están brindando la debida información sobre el sitio exacto (dirección) de la atención y no se está preguntando antes de la asignación de la cita si es control y tiene los resultados de los paraclínicos solicitados por el especialista, generando un traumatismo en la atención y demora en la reprogramación de la cita con los resultados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una revisión el proceso de asignación de citas desde el área de calidad para la implementación de estos ítems y poder ofrecer una atención de calidad a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el consultorio n.1, el tensiómetro no está funcionando, lo cual aumenta el riesgo de incumplimiento de la normatividad, aumento de los eventos adversos y la seguridad del paciente.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los equipos esto con el fin de realizar una revisión y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que en la Unidad no se cuenta con servicio sanitario para personas en condición de discapacidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que la unidad sanitaria no cuenta con tapa de la cisterna, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad y el riesgo de accidentes.



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred realizar un diagnóstico para el plan de intervención que mejore las condiciones de infraestructura de la Unidad de Servicios de Salud.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que a pesar de la fusión de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, en esta Unidad de Servicios de Salud aún se encuentra la señalización con "Hospital Vista Hermosa I nivel".



Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, unificar la señalización de la subred haciendo seguimiento estricto a los procesos de la Institución.

## **7.6 UNIDAD DE SERVICIO TUNAL**

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las Guías de Manejo de las 2 primeras causas de morbilidad por especialidad, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de las Guías de Manejo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Área de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y se sugiere realizar verificación de las Guías de Manejo con pares evaluadores de la unidad de la Subred de Servicios de Salud Sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del programa de atención a víctimas de violencia sexual, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la



atención de los usuarios por desconocimiento del programa por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad y la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia un plan de emergencias y desastres aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad vigente y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una planeación desde el Area de Calidad para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1a vez y de control son de la misma cantidad de minutos, lo cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia demora hasta de una hora en facturación para que el usuario pueda dirigirse al consultorio y ser atendido por el especialista, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y a los derechos de los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso de facturación y de contratación del personal necesario e idóneo para desempeñar este cargo.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el tiempo de consulta de 1a vez y de control son del mismo número de minutos, el cual aumenta el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios y demora en la atención a los siguientes usuarios citados.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, revisar el proceso y tomar las medidas necesarias.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia fotóforo con condiciones técnicas de calidad y soporte técnico, aumentando el riesgo de incumplimiento de la normatividad, los eventos adversos y la seguridad del paciente.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur realizar un diagnóstico prioritario de los equipos, esto con el fin de realizar una licitación y/o compra directa de los bienes para la seguridad de la atención de los pacientes.

## **7.7 HALLAZGOS GENERALES:**

- ✓ No se evidencia figura de acompañamiento dentro de la USS para los profesionales lo cual les lleva a quedarse callados de ciertos inconvenientes que se les presentan como es el del laboratorio clínico.
- ✓ No se evidencia un correo institucional o buzón de sugerencias del cliente.
- ✓ La ruta de la salud en marzo funcionaba bien pero dos meses después ya no funciona más o funciona regularmente.
- ✓ No se evidencia un trato cercano y respetuoso con los especialistas (contratos, traslados, cambios de horario en apoyo dx, fallas en funcionamiento de equipos de apoyo dx, etc.)
- ✓ Faltan Médicos de las diferentes especialidades (g/o, ortopedia, neurología, m/i).
- ✓ Ruta de madre saludable no se lleva a cabo o por captación tardía o por que la Subred no le proporciona citas y demás servicios a tiempo.
- ✓ Irrespeto por parte de los usuarios hacia los profesionales.



## 7.8 CONCLUSIONES

- ✚ A pesar de los esfuerzos realizados por la Administración para implementar los planes de acción sobre la unificación de las anteriores E.S.E a la Subred, y con el propósito de solventar los problemas detectados en el servicio de consulta externa especializada resulta conveniente establecer de manera precisa los parámetros que permitan monitorear los procesos de gestión en consulta externa especializada.
- ✚ Fortalecer el trabajo en equipo al interior de la Subred de Servicios de Salud Sur, en sus diferentes procesos para poder acelerar el cumplimiento de los requisitos mínimos para la prestación de los servicios de calidad y la mejora continua.
- ✚ Fortalecer el ciclo PHVA, sobre las Guías de Manejo de las 2 causas de morbilidad por especialidad según el perfil epidemiológico.

## **8. AUDITORIA DE GESTION**

## **INTRODUCCIÓN.**

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponde a la Revisoría Fiscal de la Junta Directiva del Hospital, adelantar el programa de Auditoría en el nivel de Auditoría Externa, entendida como la evaluación sistemática con el propósito de verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol en el Hospital, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar en forma comparativa, la información sobre las ACTIVIDADES DE AGOSTO 2017 – SUBGERENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD presentada a la Junta Directiva en reunión efectuada en el mes de Septiembre de 2017, con respecto a la información que revela en el mismo periodo el SIHO (Sistema de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Salud y Protección Social), dado que esta información es una herramienta muy importante para la toma de decisiones por parte de la Administración, como de la Junta Directiva y adicionalmente, es la que observan y analizan en cada caso los entes de control y demás terceros que la requieran.

## **ALCANCE.**

Desde la evaluación de la presentación: Pertinencia, Precisión, Oportunidad, Confiabilidad, Economía; hasta el análisis, conclusiones y recomendaciones.

## **NORMATIVIDAD.**

- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio De Salud. Programa Mejoramiento De Los Servicios De Salud En Colombia. Proyecto Desarrollo Institucional. Desarrollo Empresarial Hospitalario. 1996.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 710 de 2012. Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 743 de 2013. Por la cual se modifica la Resolución 710 de 2012 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Resolución 6408 de 2016. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

## **METODOLOGÍA**

Dentro del programa de Auditoría y con los alcances del trabajo de Ente Externo como Revisoría Fiscal, nos basamos en los desarrollos de la evidencia objetiva con criterios razonables arrojados por la observación, investigación, indagación, entrevistas, requerimientos documentados de informes, indicadores, entre otros, análisis de procesos y procedimientos, recomendaciones, mejoramiento acorde a los postulados en el objetivo.

## **HALLAZGOS Y ANÁLISIS.**

### **Indicadores Trazadores**

- Mortalidad Perinatal
- Mortalidad Materna
- Mortalidad Infantil
- Sífilis Congénita
- Embarazo en Adolescentes

Una tasa demográfica expresa el número de casos ocurridos en un determinado número de habitantes en un periodo. Cuando la tasa expresa el número de casos ocurridos en la población objeto en un periodo, permite evaluar el impacto de las actividades y estrategias realizadas por la institución.

En consecuencia, la presentación debe acompañarse de análisis de suficiencia y planes de mejora a que haya lugar.

Cuando la población no es la población objeto la tasa es informativa.

### **8.1 Producción**

Consulta Externa:

- Medicina especializada
- Medicina General

Las consultas presentadas en relación con el informe de producción enviado al SIHO muestran diferencias. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

#### 8.1.1 Cuadro 1. Consulta Medicina General

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	20643	25593	28333	24301	26313	26191	151374
	SIHO							146807
2016	Informe	27057	31057	28702	32713	30759	32679	182967
	SIHO							182967

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

- **Respuesta a observaciones de la administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

#### 8.1.2 Cuadro 2. Consulta Medicina Especializada

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	19069	18344	19912	19092	22656	20513	119586
	SIHO							123942
2016	Informe	21771	26837	26868	25972	23395	24776	149619
	SIHO							148703

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

Se entiende por **horas contratadas**, todas aquellas por las cuales el trabajador recibe remuneración, sin que necesariamente deba laborarlas en la institución. Incluye las horas de vacaciones, permisos, licencias, incapacidades, capacitación, además de aquellas en las que se encuentra laborando realmente en su lugar de trabajo.

Las **horas laboradas** son exclusivamente aquellas en las que el trabajador se encuentra en su sitio de trabajo, dedicado a las labores propias.

El indicador "Rendimiento" no está bien formulado. El presentado corresponde a la Productividad en consecuencia el rendimiento es mayor.

**Productividad** = el número de consultas realizadas por hora contratada

**Rendimiento** = el número de consultas realizadas por hora laborada.

El cumplimiento de la meta depende de la oferta de horas laboradas.

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

## 8.2 Hospitalización:

- Egresos

Los egresos presentados en relación con el informe de producción enviado al SIHO muestran diferencias. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

### 8.2.1 Cuadro 3. Hospitalización Egresos

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	4180	4263	4682	4455	4657	4334	26571
	SIHO							25913
2016	Informe	4642	5105	5375	4936	5135	5084	30277
	SIHO							28626

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

Los indicadores no se formularon adecuadamente.

**Porcentaje de ocupación.** Es la relación existente entre el número días cama ocupada y los días cama disponible. Expresa en términos porcentuales el número de días que en el periodo estuvo realmente ocupada una cama. En la presentación no se presentan los días cama disponibles.

**Promedio día estancia.** Permite conocer días promedio de permanencia de los pacientes que egresaron de un servicio u hospital durante un periodo relacionando: sumatoria de los días estancia por egreso sobre los egresos en el periodo. En la presentación relaciona días cama ocupada con egresos.

**Giro cama o índice de rotación de camas.** Permite conocer la productividad de las camas de un servicio, departamento u Hospital durante un periodo de tiempo. Indica el número de pacientes que pasaron por cada cama disponible en el periodo.

- **Respuesta a observaciones de la administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

## 8.3 Urgencias

- Consulta Urgencias Medicina General

Las consultas de urgencias medicina general son iguales a las presentadas en relación con el informe de producción enviado al SIHO muestra igualdad. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

### 8.3.1 Cuadro 4. Consulta Medicina General urgencias

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	12181	11914	13637	13264	13382	12962	77340
	SIHO							77340
2016	Informe	11812	11880	13304	13408	13775	12930	77109
	SIHO							76484

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

- Egresos Observación Urgencias.

Los "Egresos del servicio de observación" presentados en el informe son iguales al ítem "pacientes en observación" del informe de producción enviado al SIHO año 2017. En cambio, no es así cuando se evalúa 2016 perdiendo credibilidad la línea base. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

- **Respuesta a observaciones de la Administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

### 8.3.2 Cuadro 5. Observación Urgencias, Egresos.

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	2496	2427	2388	2334	2492	2209	14346
	SIHO							14346
2016	Informe	2910	2713	3439	2609	3483	3009	18163
	SIHO							12658

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

Una "cama disponible" es aquella cama habilitada que está en condiciones de uso para la atención de pacientes durante 24 horas y cuenta con la dotación de recurso físico, humano, material y tecnológico; este número de camas puede disminuir por daños o por mantenimiento, por lo tanto, no se consideran camas de hospitalización las destinadas a Observación de urgencias.

Es probable que en un(os) día(s), por una urgencia o siniestro, se deban habilitar y disponer de camillas, sillas, adicionales o por planes de expansión etc., que de hecho producen egreso, igual para el reporte de giro cama, lo cual aumenta el porcentaje de ocupación durante este periodo ocasional que se debe reportar.

Por tanto para que haya una adecuada presentación del porcentaje ocupacional, es necesario que se efectúe el censo diario de camillas ocupadas que por norma debe llevarse a cabo.

## 8.4 Cirugía

- Cirugías Realizadas

Las Cirugías realizadas, total cirugías y cirugías por grupo quirúrgico, presentados en relación con el informe de producción enviado al SIHO muestran marcadas diferencias. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO total cirugías y por grupo quirúrgico.

### 8.4.1 Cuadro 6. Total Cirugías Realizadas

primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	1734	1692	1858	1618	1779	1680	10361
	SIHO							16674
2016	Informe	1799	1925	1968	1549	1705	1484	10430
	SIHO							16689

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

### 8.4.2 Cuadro 7. Cirugías Realizadas. Grupo quirúrgicos

2017	Informe								SIHO
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total	Total	
Cirugías grupos 2-6	849	872	888	833	850	850	5142	5246	
Cirugías grupos 7-10	1382	1257	1446	1230	1334	1334	7983	7876	
Cirugías grupos 11-13	370	433	419	381	385	385	2373	2341	
Cirugías grupos 20-23	174	145	219	240	278	278	1334	1211	
total grupos							16832	16674	

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.



2016	Informe							SIHO
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total	Total
Cirugías grupos 2-6	1089	1230	1168	905	989	954	6335	5703
Cirugías grupos 7-10	1650	1688	1817	1487	1654	1407	9703	7865
Cirugías grupos 11-13	322	363	349	298	339	353	2024	1736
Cirugías grupos 20-23	288	302	338	200	2008	149	3285	1385
total grupos							21347	16689

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

No se explica el término - procedimientos por cirugía realizadas.

- Porcentaje de cancelación de cirugías

El informe indica el Porcentaje de cirugías canceladas como una relación porcentual de cirugías canceladas sobre cirugías realizadas, lo cual conlleva a presentar porcentajes de cancelación erróneos.

El indicador normado es la Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas como una relación porcentual de cirugías canceladas sobre el total de cirugías programadas.

El costo que implica la cancelación de una cirugía programada se enmarca como "costos de no calidad".

- **Respuesta a observaciones de la administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

## 8.5 Partos y Cesáreas.

Los Partos Vaginales presentados en el informe son iguales a los presentados en el informe de producción enviado a SIHO año 2017, no así las cesáreas, perdiendo credibilidad la proporción presentada. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

### 8.5.1 Cuadro 7. Partos Vaginales y Cesáreas.

		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
Partos vaginales	Informe	311	318	387	366	400	378	2160
	SIHO							2024
Cesareas	Informe	230	138	177	178	177	179	1079
	SIHO							1079

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

- **Respuesta a observaciones de la administración:**

La observación se mantiene porque es la información que se evidenció al efectuarse nuestro análisis.

### 8.6 Salud Oral.

- **Tratamientos Terminados.**

Los tratamientos terminados presentados en el informe son diferentes a los reportados en el informe de producción enviado al SIHO año 2017. Se presenta la producción semestral, enero – junio, del informe y el total primer semestre reportado al SIHO.

#### 8.6.1 Cuadro 8. Tratamientos Terminados.



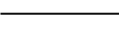
primer semestre		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	total
2017	Informe	4553	4662	8151	4968	8445	7235	38014
	SIHO							38967

Fuente. INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO 2017. SIHO, Informe semestral. Producción.

### 8.7 Conclusiones y Recomendaciones.

- La información reportada en los diferentes informes genera desconfianza igual que en los análisis y toma de decisiones.
- Los indicadores construidos en forma inadecuada dificultan la referenciación, el análisis y toma de decisiones.
- Revisar procesos de recaudo de información y su uso en informes requeridos, unificando y estandarizando las fuentes, mejorando la precisión, confiabilidad y pertinencia de éstos con el fin de que sean herramientas útiles en la toma de decisiones.
- Se deben revisar los indicadores del tablero de gestión incluyendo los normados en el sistema de información de la calidad y plan de gestión del Gerente.
- Implementar un análisis dinámico de los indicadores hospitalarios.

- Se debe fomentar la creación de espacios de discusión con el objeto de establecer variaciones y responsabilidad de las metas.
- Establecer planes de mejoramiento acordes con el nivel de responsabilidad.
- En general existen las siguientes correspondencias entre desviaciones y niveles de responsabilidad para las decisiones:

Desviación	Responsabilidad		
Planeado vs. Competencia		Junta Directiva y Gerente	
Planeado vs. Usuario			Gerente y subdirectores
Teórico vs. Técnico			Jefes de División, Sección, Departamento o Grupo
Técnico vs. Histórico			

Muchas veces por no aclararse este aspecto, la responsabilidad de decisión queda indefinida, haciendo nulos los esfuerzos invertidos.

- Fortalecer los procesos de sistematización y automatización acordes con la complejidad de la Institución.
- **NOTA ACLARATORIA PARA EL ANTERIOR CUADRO:**

**Planeación Teórica:** Es lo máximo posible que se puede efectuar en la ejecución de un evento.

**Planeación o planeado:** Es lo que se “planea” ejecutar, sobre la Planeación Teórica.

## **9. AUDITORIA GESTION AMBIENTAL**

Bogotá D.C 13 de Octubre 2017

Señores

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

Carrera 20 No. 47B-35 Sur

Bogotá

**Ref.:** Informe Trimestral Auditoria Ambiental Unidades de Servicios de Salud

Respetados Señores:

De acuerdo con lo establecido en el cronograma de trabajo, el informe de la auditoría ambiental se debe realizar con una frecuencia trimestral, está a la fecha cuenta con un porcentaje de ejecución del 95% de las sedes visitadas para el primer ciclo de auditoria y se considera necesario generar un informe de diagnóstico de la totalidad de las sedes para exponer a la alta gerencia los hallazgos evidenciados en conjunto y no parcialmente de las unidades de servicio de salud que conforman la Subred Sur para la cual solicito sea ampliado el plazo para la próxima reunión de Junta Directiva, para dar entrega del 100% de las Unidades de Salud habilitadas ante el registro especial de prestadores de servicios de salud REPSS.

Atentamente

**Auditor de Gestión Ambiental:**

Ingeniero Gabriel Mauricio Rodríguez Suarez

C.C 80.791.330 Bogotá

## **10. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS AUDITORIAS REALIZADAS:**

Esta Revisoría Fiscal continúa auditando los Procesos y procedimientos de la SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., ya implementados o que aún están en proceso de elaboración, socialización o implementación, en desarrollo de nuestro plan de trabajo presentado a la Junta Directiva.

1. Es de anotar que los resultados de nuestras auditorias se fueron socializando con los funcionarios entrevistados, con los referentes de cada área, con los responsables de los procesos y a su vez, de alguna forma integramos en nuestros procesos de indagación a usuarios de los servicios de salud de algunas de las unidades evaluadas para conocer de primera mano una visión más cercana de quienes son, para decirlo de alguna forma, nuestros "clientes" y para quienes debemos mantenernos en un plan de permanente mejoramiento de la calidad y oportunidad de los servicios que ofrece y presta la SUBRED.
2. Es oportuno reconocer los enormes esfuerzos y aceptables resultados de los servicios prestados por la SUBRED, unificando lo bueno que venía de las anteriores Unidades de Servicio y desechando las prácticas equivocadas u obsoletas que también venían de las mismas, no solo desde el punto de vista de los servicios, sino también en la unificación de criterios y buenas prácticas del recurso humano que hoy hace parte de la Entidad auditada por esta Revisoría Fiscal.
3. Pese a lo antes indicado y teniendo en cuenta los resultados que hemos presentado en nuestros informes, aún falta mucho por hacer, que no en todos los casos se requiere de mucho dinero para adelantar los cambios requeridos o para redireccionar la ejecución de los procesos en curso, con el fin de encontrar el punto de equilibrio entre la oportunidad de la prestación del servicio, la calidad del mismo y por supuesto, el costo del servicio recibido por los habitantes del área de influencia de la SUBRED.
4. También es evidente que en la implementación de los procesos productivos, administrativos y de gestión, no solo basta con la elaboración de los manuales o procedimientos con las políticas y metas de gestión, socializarlos e implementarlos sino que se debe ser constante en la verificación de su aplicación, dado que lo más difícil es lograr que el Recurso Humano de la Entidad se adhiera a los procesos y también que los USUARIOS los conviertan como propios, hasta lograr que no se necesite pensar para efectuar una excelente práctica para lograr los objetivos.

5. Por ello recomendamos que la Administración con el acompañamiento de la Junta Directiva y con funcionarios comprometidos, efectúen el acompañamiento paso a paso en todos los procesos y etapas de los mismos, impartan las capacitaciones y/o aclaraciones una y otra vez hasta que se adhiera el procedimiento hasta en la misma "piel" de quienes los ejecutan; estos procesos también deben estar acompañados de una adecuada selección del recurso humano tanto en sus perfiles profesionales y personales como en su compromiso con la Entidad, ejecutando también un apropiado proceso de compras y suministros y por supuesto lograr también el equipamiento tecnológico que los procesos habilitados requieran en cada una de las unidades de Servicio adscritas a la SUB RED E.S.E.
  
6. Igualmente recomendamos que los "Planes o Procesos de Mejoramiento" que puedan resultar como efecto de nuestros procesos de auditoria, no se limiten a las áreas o Unidades de Servicio auditadas, sino que éstas se extiendan a todas las Unidades de Servicio, áreas y procesos operativos de la SUB RED DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., dado que como es bien conocido, la mayor parte de nuestras auditorias, las efectuamos con base en pruebas selectivas pero que por ser representativas, nos permiten evidenciar que los hallazgos u observaciones que presentamos en nuestros Informes, igualmente se presentan en otras Unidades de Servicio en sus áreas o procesos pares, con un nivel alto de certeza, salvo el caso de hallazgos especiales.

También es importante resaltar que para el periodo analizado, el nivel de colaboración y oportunidad de la misma por parte de los Sres. funcionarios de la SUB RED, mejoro considerablemente, pero aún no faltan comentarios como "para que auditoria de la Revisoría Fiscal, si todo está funcionando bien" o "Uds. no hacen sino hacernos perder tiempo" entre otros.

Por todo lo anterior muchas gracias y quedamos atentos para cualquier aclaración que sea necesaria o solicitada.



**PEDRO A. BARRETO ALFONSO**  
**Revisor Fiscal, C.P.T. No. 23.617-T**  
**Socio de CONSULCONTAF LTDA.**  
**CRA 7 A No. 123-24 OFC 501, TEL: 629 7285**

Bogotá, Noviembre 09 de 2017  
File-SUBRS-051-2017  
C.C Dra. GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON  
Gerente (e) SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.