 Hospital Kennedy <small>MT. BALBOA - VALLE</small>	GESTION SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO	Código: IN-01-012-003
		Versión: V1
	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	Fecha: 12/03/2012

1. DATOS GENERALES

DEPENDENCIAS Y/O PROCESOS VISITADOS:	Áreas asistenciales y administrativas.
NOMBRE Y CARGO DEL REPRESENTANTE LEGAL:	Nhora Teresa Cruz Escobar- Gerente (E)
FECHA DEL INFORME:	Marzo 12 de 2017
RESPONSABLE DEL INFORME:	Faola Andrea Pineda Bedoya

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

2. OBJETIVO DEL INFORME:

Cumplir con la ley 1474 de 2011, artículo 9. REPORTES DEL RESPONSABLE DE CONTROL INTERNO, donde señala que la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad.

1. Módulo de Control de Planeación y Gestión:

En este módulo, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la entidad tendrá los controles necesarios para su realización.

Uno de sus objetivos principales es introducir en la cultura organizacional el control a la gestión en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación.

COMPONENTE DE TALENTO HUMANO: En cumplimiento al plan y programa de auditoría interna se realizó auditoría al proceso de talento humano encontrando las siguientes debilidades:

- Plan de Bienestar:** Se solicitó en auditoría al área de talento humano el plan de bienestar, pero por cambios de subgerente no se pudo obtener este documento para revisarlo, donde se manifestó que este no estaba elaborado.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



Handwritten signature


2. **El código de ética código y de buen gobierno:** se actualizo en el año 2015, para la vigencia 2016 no se socializó código de ética con el personal nuevo, y tampoco se brindó reinducción. El área de calidad está revisando el código de ética actualizado para inidar socialización en el primer semestre 2017.
3. **Manual de funciones:** en el primer semestre 2016, no se evidencio socialización del manual de funciones, para el mes de octubre 2016 la gerente envía circular con el manual de funciones a cada uno de los funcionarios de la institución para su revisión. La asesora de calidad manifiesta en informe de diagnóstico de habilitación que: el talento humano y en especial el manual de funciones no cuenta con la norma 2003 de 2014 para habilitación, es por esto que encuentra perfiles como:
 - a. El talento humano no cuenta con las competencias específicas relacionadas con la profesión u ocupación de acuerdo a lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 y a la complejidad de la institución generando un incumplimiento.
 - b. En el servicio farmacéutico, el personal auxiliar debe tener título de auxiliar de servicios farmacéuticos. La auxiliar de este servicio tiene título de auxiliar de enfermería.
4. **Evaluación del Desempeño:** No se está teniendo en cuenta la evaluación por dependencia que realiza la Oficina de Control Interno y que sirve como aporte para la evaluación individual.
Se tiene pendiente la segunda evaluación para el mes de enero 2017 y concertación de objetivos en febrero 2017. La Oficina de Control Interno sugiere la creación de un instrumento interno que permita evaluar al personal que se encuentra en provisionalidad.
5. **Plan institucional de formación y capacitación (año 2016):** No se realizó Plan de Capacitaciones en el primer semestre 2016, para el segundo semestre en los meses de agosto y septiembre con la llegada de nueva subgerente, se realizó auditoria al plan institucional, se le dieron las respectivas sugerencias y es así como la subgerente recopila las capacitaciones a las que han asistido el personal y desarrolla un formato. La subgerencia se compromete para el año 2017 hacer todo el proceso para la establecer un plan de capacitaciones acorde a la realidad de la institución.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



 Hospital Kennedy <small>INSTITUCIÓN DE SALUD</small> <small>AV. BALBOINOS 1084</small> <small>BOYBIO - TALLE</small>	GESTION SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO	Código: IN-01-012-003
	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	Versión: VI
		Fecha: 12/03/2012

6. **Programa de inducción y re inducción:** Con la alta rotación del personal que se realizó en el año 2016, el programa de inducción y re inducción se vio afectado, el cambio de subgerente en tres ocasiones y con más de dos meses entre mayo, junio y julio sin personal a cargo de esta área, al igual la institución conto con cuatro gerentes en encargo, generando que el programa no funcionara adecuadamente, además en reuniones se dio sugerencias de actualizar e ingresar áreas como gestión documental al formato de inducción y re inducción.
7. **Programa de bienestar (año 2016):** se solicitó el plan de bienestar al área de subgerencia y al comité de bienestar al inicio del año, pero no se lo logro obtener el documento se realiza auditoria en el segundo semestre 2016 y la subgerente enseña una planificación de actividades desde su llegada al cargo a partir del mes de julio 2016, se le sugiere para el año 2017 conformar nuevo comité de bienestar e iniciar al inicio del año con un plan apropiado para el personal de la Institución.
8. **Plan de Incentivos (año 2016):** No se contó con plan de incentivos en la vigencia 2016.

Con las debilidades anteriormente identificadas, la oficina de control interno realizo inducción y re inducción en el primer trimestre 2017, al personal directivo y líderes de área en MECI 2014, con el fin de plantear estrategias ajustadas a la realidad de la institución y de esta manera superar las dificultades y generara iniciativas. Igualmente se actualizo la resolución del comité coordinador de control interno, con el fin de dinamizar el seguimiento a las estrategias y su ejecución.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-85 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



1.2 Componente de Administración del Riesgo:

En la vigencia 2016, no se contó con buena respuesta por parte de los líderes, esta dificultad se debió en gran parte a los cambios de personal administrativo y asistencial. Para el año 2017, se inició un trabajo nuevo con la identificación del riesgo y se ha logrado más compromiso por parte de los líderes, se espera para finales del mes de marzo 2017 tener identificados los riesgos de la institución con su respectivo mapa.

A continuación se relacionan los procesos con avances y debilidades más relevantes en el seguimiento a los riesgos¹:

AREA	RIESGO	SEGUIMIENTO
SISTEMAS	PERDIDA DE INFORMACION	Se está en proceso de elaboración del plan de seguridad informática, el líder de sistemas lo presentó al área de calidad para su revisión y aprobación. Las áreas que no se les realiza copia de seguridad deberán implementar su propio sistema de copia de seguridad personal.
	DESACTUALIZACION DE LOS SISTEMAS	Se inició contratación con asesor externo a partir del mes de octubre de 2016, lo que generó que en 9 meses no se tuviera apoyo a esta área. Se está trabajado en reportes como: 4505, 2193, calidad, 056 y farmacia para parametrización de bodegas. Se está analizando la compra de software para el área financiera y esta manera parametrizar la información con el área asistencial.
	DETERIORO DE EQUIPOS	Se han ido actualizando equipos con base en la necesidad de cada servicio.
FARMACIA	CONTAMINACION	Se diseñó y se implementó el proceso de manejo de derrames
	PROBLEMA RELACIONADO CON EL USO DE	Se está trabajando con los médicos para el mejoramiento del diligenciamiento de las formulas

¹ Archivo Seguimiento Mapa de Riesgos 2016, oficina de control interno.



CARTERA	NO EXISTE UN PROGRAMA SISTEMATIZADO DE CARTERA	Se ha manifestado en varias ocasiones por parte del líder de cartera la necesidad de contar con un programa de cartera, que le permita ser ágil y oportuna en especial para la entrega de informes, su labor la realiza manual y puede generar retrasar los procesos del área financiera. la gerencia está analizando la posibilidad de adquirir un software que unifique los procesos asistenciales con los contables, en la actualidad, la institución cuenta con dos programas CNT para el área asistencial y AWA para el área contable, los cuales no son compatibles, existiendo problemas de parametrización.
AUDITORIAS INTERNAS	LA NO VIABILIDAD DEL PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIA INTERNA	En la actualidad, se cuenta con plan y programa de auditoria de la oficina de control interno, su ejecución ha presentado un resultado favorable, esto gracias a las capacitaciones que el jefe de control interno ha recibido en su periodo. Se ha presentado dificultad es con la programación del auditorias de calidad y de auditoria médica.
GESTION AUTOEVALUACION	LA NO VIABILIDAD DE LA AUTOEVALUACION DE GESTION (INCUMPLIMIENTO E INEXACTITUD)	Se ha logrado el avance de autoevaluación en las acciones de mejora formuladas en los planes de mejoramiento, para el mapa de riesgos se han tenido grandes dificultades porque se cuenta con personal nuevo y ha tenido poca inducción en verificar el estado de los riesgos y hacer seguimiento a los controles, no se contó con asesor de calidad por varios meses. La oficina de control interno ha capacitado a los líderes en formulación de indicadores, atreves del seguimiento a los planes operativos.
PLANES DE MEJORAMIENTO	LA NO VIABILIDAD DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Se ha mejorado en la formulación de los planes de mejoramiento con el acompañamiento de la oficina de control interno. Son muy pocos los planes de mejoramiento individual radicados en la oficina de control interno, solo se cuentan con uno del proceso de facturación, se recomienda revisar las evaluaciones de desempeño.

Tabla 1. Seguimiento riesgos misionales


Mapa de Riesgos anticorrupción

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



 Hospital Kennedy <small>INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA</small> <small>NO. 001 500720-0</small> <small>BOYBÁ - VALLE</small>	GESTION SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO	Código: IN-01-012-003
	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	Versión: V1
		Fecha: 12/03/2012

Se realizó seguimiento al mapa de riesgos anticorrupción y se identificaron las siguientes fortalezas y debilidades. Estas fueron socializadas con cada uno de los responsables. Para la vigencia 2017, ya fue socializado el plan anticorrupción, este tiene continuación de la vigencia 2016, igualmente el mapa de riesgos anticorrupción por el no cumplimiento de las acciones propuestas para su mitigación.

2. MODULO CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.2 Componente de Auditoria Interna

En este componente se busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la institución. Con base en el programa y plan de auditorías internas, presentado por la oficina de control interno, ante el comité coordinador de control interno y el representante legal se ha trabajado en las siguientes auditorías, es importante mencionar que los hallazgos fueron base para construcción de planes de mejoramiento, por lo tanto algunas de las observaciones presentadas ya se han ido superando².

² Archivo Plan de Auditorías 2016, oficina de control interno.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



PROCESO	AUDITADO	N	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Gestión de servicios ambulatorios Gestión de servicios ambulatorios	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	1003	<ul style="list-style-type: none"> .No se cuenta con planeación de las metas de pyp según la contratación con las diferentes EPS. .Procesos y procedimientos desactualizados. .No se realiza seguimiento a los pacientes de los diferentes programas, además no se cuenta con base de datos. .Se deben actualizar plantillas como la de agudeza visual. .No se realiza seguimiento oportuno a la atención brindada en la zona rural. 	<ul style="list-style-type: none"> .Planear y asignar metas a cada uno de los colaboradores del área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. .Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. .Estructurar base de datos de los usuarios que pertenecen a los diferentes programas y hacer seguimiento. .Actualizar plantillas de pyp en el sistema.
	Odontología	1003	<ul style="list-style-type: none"> .El equipo de trabajo tiene debilidad sobre la norma 412, MECI ya la resolución 2003. .Producción de pyp baja en el primer trimestre. .Falta de planeación para actividades de pyp. .Falta de inducción y re inducción. .Pyp no se está facturando adecuadamente, ejemplo el control prenatal. .Falta actualizar protocolos, procesos y procedimientos. .Alto porcentaje de pacientes inasistentes y cupos de la agenda vacío. .Debilidad con la gestión documental. 	<ul style="list-style-type: none"> .Plan de capacitaciones .Programar y planear actividades de pyp. .La facturación del área de odontología la debe realizar una sola persona. .Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. .Implementar seguimiento a los inasistentes. .Fortalecer el programa de inducción y re inducción. .Iniciar plan de mejora.
	Consulta Externa	100E	<ul style="list-style-type: none"> .El equipo de trabajo tiene debilidad sobre la norma 412, MECI ya la resolución 2003. .Organizar adecuadamente los tiempos en la agenda .Debilidades en la agenda con respecto al cuadro de turnos. .Cancelación de agenda cuando es médico disponible y los usuarios se molestan demasiado. .No se cuenta con procesos 	<ul style="list-style-type: none"> .Plan de capacitaciones .Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. .Adecuarse la agenda y ser coherente con el cuadro de turnos. .Revisar carga laboral de médicos en SSO. .Auditorías y seguimiento al diligenciamiento de la historias clínica por parte de coordinación médica, auditoría médica y jefe de

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com



PROCESO	AUDITADO	%	HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Gestión de servicios ambulatorios Gestión de servicios ambulatorios	Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	100%	<ul style="list-style-type: none"> No se cuenta con planeación de las metas de pyp según la contratación con las diferentes EPS. Procesos y procedimientos desactualizados. No se realiza seguimiento a los pacientes de los diferentes programas, además no se cuenta con base de datos. Se deben actualizar plantillas como la de agudeza visual. No se realiza seguimiento oportuno a la atención brindada en la zona rural. 	<ul style="list-style-type: none"> Planear y asignar metas a cada uno de los colaboradores del área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. Estructurar base de datos de los usuarios que pertenecen a los diferentes programas y hacer seguimiento. Actualizar plantillas de pyp en el sistema.
	Odontología	100%	<ul style="list-style-type: none"> El equipo de trabajo tiene debilidad sobre la norma 412, MECI ya la resolución 2003. Producción de pyp baja en el primer trimestre. Falta de planeación para actividades de pyp. Falta de inducción y re inducción Pyp no se está facturando adecuadamente, ejemplo el control prenatal. Falta actualizar protocolos, procesos y procedimientos. Alto porcentaje de pacientes inasistentes y cupos de la agenda vacío. Debilidad con la gestión documental. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitaciones Programar y planear actividades de pyp. La facturación del área de odontología la debe realizar una sola persona. Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. Implementar seguimiento a los inasistentes. Fortalecer el programa de inducción y re inducción. Iniciar plan de mejora.
	Consulta Externa	100%	<ul style="list-style-type: none"> El equipo de trabajo tiene debilidad sobre la norma 412, MECI ya la resolución 2003. Organizar adecuadamente los tiempos en la agenda. Debilidades en la agenda con respecto al cuadro de turnos. Cancelación de agenda cuando es médico disponible y los usuarios se molestan demasiado. No se cuenta con procesos 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitaciones Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos. Adecuarse la agenda y ser coherente con el cuadro de turnos. Revisar carga laboral de médicos en SSO. Auditorías y seguimiento al diligenciamiento de la historias clínica por parte de coordinación médica, auditoría médica y jefe de

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext 11

www.hkennedyese@hotmail.com



			<p>actualizados</p> <ul style="list-style-type: none"> Se identifican pacientes reconsultantes de la EPS-cafesalud. La mayoría de los médicos no marcan la inasistencia del paciente en el sistema. La calidad de la historia clínica es regular Altos recargos para los médicos en SSO Incumplimiento en la resolución 2003 	<p>enfermería.</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar estrategias para el manejo de las inasistencias. Iniciar plan de mejora.
Gestión de Servicios Hospitalarios	Urgencias y Hospitalización	1003	<ul style="list-style-type: none"> No cuenta con los reportes de eventos adversos y acciones inseguras. Debilidad en el cumplimiento de las acciones de los planes de mejora. Protocolos, procesos y procedimientos desactualizados. No se evidencian actas de capacitación al personal. No se evidencia listado de inventarios del área. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan de capacitaciones Acompañamiento del área de calidad para actualizar los procesos y mapa de riesgos. Los equipos debe tener cerca los manuales de uso.
Gestión de apoyo terapéutico	Servicios Farmacéuticos	1002	<ul style="list-style-type: none"> Auxiliar sin capacitación en farmacia El protocolo de dispensación de medicamentos no incluye la dispensación en la zona rural. El equipo de trabajo tiene debilidad sobre la norma 412, MECI ya la resolución 2003. No tiene programado inventario general, se encontraron varias diferencias de los medicamentos en físico comparado con el sistema. Debilidad en el programa de gestión documental. 	<ul style="list-style-type: none"> Formular Plan de Mejoramiento
	Comités Institucionales	1003	<ul style="list-style-type: none"> No se está diligenciado formato de paz y salvo a la hora de entregar el puesto de trabajo. Solo se encontraron algunas resoluciones de los comités, por lo tanto no se evidencia daramente la conformación Debilidad en el cumplimiento del cronograma institucional Existe varios comités que no tienen operatividad. No hay buen diligenciamiento de las actas de reuniones. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementar paz y salvo para la liquidación de contratos y de personal de planta y así mejorar la entrega del puesto. Reactivar los comités mediante actualización de resolución. Ajustar el cronograma institucional Fortalecer el programa de inducción y re inducción.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11


www.hkennedyese@hotmail.com



Gestión Jurídica	Contratación	100%	<ul style="list-style-type: none"> No se evidencia firma de jefe personal donde se comprueba la verificación de títulos e información del contratista. No se encontró informes del contrato de mantenimiento 066. Se evidenciaron contratos sin firma de liquidación. Está desactualizados los procesos, procedimientos y mapas de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> Formular plan de mejoramiento Socializar el nuevo estatuto de contratación
Gestión de Talento Humano	Talento Humano	100%	<ul style="list-style-type: none"> No se implementó un plan de capacitaciones al inicio de año de acuerdo a las necesidades de los cargos. No se formuló plan de bienestar 2016. No existe plan de incentivos. No se están radicando planes de mejoramiento producto de evaluaciones de desempeño. Debilidad en la entrega y socialización del manual de funciones 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar manual de funciones y código de ética. Iniciar un diagnóstico para formulación del plan de capacitaciones 2017. Reactivar el programa de inducción y reinducción. Establecer plan de incentivos. Formular plan de mejoramiento
Gestión Financiera	Facturación	100%	<ul style="list-style-type: none"> Factura con cobro de copagos con cafesalud capitado en procedimientos que no se cobra. No tienen parametrizado el copago con cafesalud contributivo. Se evidencia falta de copago en servicios de odontología con la EPS SOS y Nueva EPS. Se están facturando algunas actividades como fluor pero no se evidencia plantilla en el sistema. En el programa CNT, se evidencia profesionales y auxiliares que ya no trabajan en la institución y se puede cometer errores. Facturan servicios a personal que no tiene relación, odontóloga le facturan citología. 	Es urgente que el comité de glosas se reúna y analicen la información.
Administración de la Información- Gestión del SIAU	Evaluación del indicador de satisfacción de usuarios de consulta de urgencias	100%	Se realizó en compañía del líder del SIAU informe semestral del estado de las PQRS, estos informes se publicaron en la página web del hospital Kennedy con las recomendaciones por parte de control interno.	Se recomienda realizar encuestas personalizadas y en los puestos de salud.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!
 Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext 11
www.hkennedyese@hotmail.com

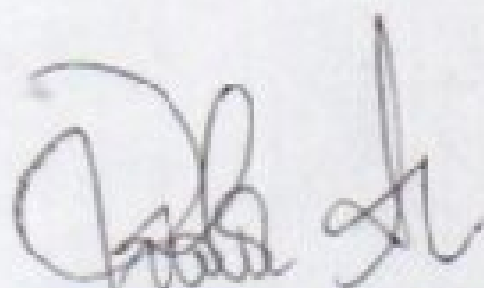


 Hospital Kennedy <small>MT. 09-900724-8 SANTO DOMINGO - VALLE</small>	GESTION SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD Y CONTROL INTERNO	Código: IN-01-012-003
		Versión: V1
	INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	Fecha: 12/03/2012

Cestión Financiera- Auditorías de cajas Menor, Principal	Revisar el manejo del dinero en las cajas menor y principal de la institución	100%	Se realizaron diferentes arqueo de caja en el área de farmacia, urgencias, consulta externa y caja menor, la información se socializo con la subgerencia y con el líder de facturación.	
--	---	------	---	--

Tabla 3. Resumen de auditorías 2016

Para la vigencia 2017 se presentó ante el comité coordinador de control interno y a la gerencia el programa y plan de auditoría 2017 el cual fue aprobado, con este se inicia las auditorías la última semana del mes de febrero 2017.



PAOLA ANDREA PINEDA BEDOYA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno.

¡PORQUE SU SALUD NOS INTERESA... TRABAJAMOS PARA USTED!

Calle 7 Número 10-65 PBX- 2268100-2262101 Ext. 11

www.hkennedyese@hotmail.com

