

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



**INFORME DE AUDITORIAS DE REVISORIA
FISCAL, AGOSTO 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 y asistencial y gestión realizada por parte de la Administración de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**, a 31 de Julio de 2017, basado en la información entregada oficialmente por la Entidad a esta Revisoría Fiscal.

Ajuntamos a este informe las observaciones que presento la Administración con base en el documento preliminar entregado a la misma para su análisis, el cual no modificamos, dado que en nuestro concepto, en aquellos casos donde hubo observaciones o comentarios , son de forma, lo cual no cambia lo analizado por la Revisoría Fiscal.

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. Septiembre 26 de 2017

File-SUBRS-034-2017

CONTENIDO

Paginas

1.	AUDITORIA FINANCIERA	05
1.1	BANCOS	07
1.1.1	CONCILIACIONES BANCARIAS	07
1.1.2	CUENTAS BANCARIAS CON PARTIDAS CONCILIATORIAS A JUNIO 2017	09
1.2	REVISION ESTADOS FINANCIEROS	11
2.	AUDITORIA TRIBUTARIA	13
2.1	RETENCION EN LA FUENTE	13
3.	AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	16
3.1	VERIFICACION DE DOCUMENTOS PARA LA FIRMA	16
3.2	PAGOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL	16
3.3	CERTIFICACIONES	17
3.4	CONCLUSIONES	18
4.	AUDITORIA SISTENCIAL	20
4.1	DESARROLLO DE LA AUDITORIA	21
4.1.1	JERUSALEN	21
4.1.2	CANDELARIA	25
4.1.3	VENECIA	28
4.1.4	MANUELA BELTRAN	29
4.1.5	TUNAL ADULTOS	30
4.1.6	TUNJUELITO	33
4.1.7	VISTA HERMOSA	37
4.1.8	MEISSEN	39
4.1.9	FORTALEZA	42
4.1.10	CARMEN	43
4.1.11	USME	47
4.1.12	SANTA LIBRADA	50
4.2	CONCLUSIONES	54
5.	AUDITORIA MEDICA	56
5.1.1	INDICADOR No 12	57
5.1.2	INDICADOR No 13	58
5.1.3	INDICADOR No 14	60
5.1.4	INDICADOR No 15	61
5.1.5	INDICADOR No 16	62
5.1.6	INDICADOR No 17	63
5.1.7	INDICADOR No 19	63
5.1.8	INDICADOR No 20	64
5.1.9	INDICADOR No 21	65
5.1.10	INDICADOR No 22	65
5.1.11	INDICADOR No 23	66
5.1.12	INDICADOR No 24	67

5.1.13	INDICADOR No 25	68
5.1.14	INDICADOR No 26	68
5.1.15	INDICADOR No 27	69
5.1.16	INDICADOR No 28	70
5.1.17	INDICADOR No 29	70
5.1.18	INDICADOR No 30	71
5.2	CONCLUSIONES	72
5.3	RECOMENDACIONES	74
6.	CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS AUDITORIAS REALIZADAS	75

1. AUDITORIA FINANCIERA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las normas de Auditoria vigentes en Colombia, y teniendo en cuenta que se realizaron pruebas selectivas, que aportaron confiabilidad para la elaboración y análisis objetivo e imparcial de la información presentada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, esta Revisoría Fiscal presenta el Informe de Actividades correspondiente al mes de Agosto 2017, destacando los ítems revisados que generaron observaciones, y a su vez se procedió a efectuar la recomendación u opinión al respecto. Para ello se hizo la solicitud de información a la Administración de la Subred, dicha información se encuentra detallada en el desarrollo de este informe.

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:

1. AUDITORIA FINANCIERA

PERIODO	AUDITORIA	ITEM DEL CONTRATO	HORAS	AUDITORES
1-31 Agosto 2017	FINANCIERA Y CONTABLE	Clausula 4 Literal C	70 70	YEIMY MONTILLA VIVIANA CUBILLOS
TOTAL			140	

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 Junio- 2017, Boletín Tesorería a Junio 2017, Listado cuentas bancarias activas, planes de mejoramiento.	Se encontró que existen cuentas bancarias a nombre de las Unidades Tunjuelito, Meissen, Vista Hermosa, Usme y Nazareth las cuales tienen cuentas de ahorro con saldo cero (\$0) pesos, y con la Unidad Tunal Davivienda presenta a Junio de 2017 un saldo de \$ 566.398.244,78 pesos, y en las cuentas corrientes la Unidad Tunjuelito, Vista Hermosa y Nazareth presentan saldo cero (\$ 0). En la Unidad Tunal presenta saldo de \$ 95.977.302,76 pesos, Meissen \$ 30.512.662 pesos y Usme \$ 94.607,14 pesos. Las cuentas a nombre de las USS, no presentan conciliación bancaria. La cuenta 4800391056 DAVIVIENDA tiene otro banco y número de cuenta en el balance. Cuenta Davivienda No. 4800393813 en la conciliación Junio 2017 hace falta firma de tesorería. Cuenta Davivienda No. 4800394043 no presenta conciliación bancaria. Cuenta Bancolombia No. 56763560762 aparece en balance pero no en Boletín de Tesorería, ni en conciliación entre Tesorería y Contabilidad. Se encontró que las conciliaciones a Junio 30 de 2017 de la cuenta No. 4800391056 DAVIVIENDA aun presentan un alto porcentaje de permanencia de partidas por conciliar, las cuales a la fecha de este informe se identifica la antigüedad de un año (Agosto 2016-Agosto 2017).	El área de Tesorería y Contabilidad deben tener mayor control en el momento de conciliar los saldos, pues las cifras presentan razonabilidad, sin embargo, los conceptos de algunas cuentas no coinciden entre el reporte de Contabilidad y el de Tesorería. Es necesario que las conciliaciones bancarias cumplan con el requisito de todas las firmas. Toda cuenta bancaria existente en el reporte del sistema debe contener su respectiva conciliación 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

1.1 BANCOS

1.1.1 Conciliaciones Bancarias

A 30 de Junio de 2017, la Entidad cuenta con recursos depositados en Instituciones Financieras por \$21.045.332 miles de pesos, para cuentas corrientes el valor de \$127.643 miles de pesos y para las cuentas de ahorros el valor de \$20.917.689 miles de pesos.

Existen cuentas que están a nombre de las USS, estas cuentas están en proceso de depuración y cancelación (*Información suministrada por el área de Tesorería*); las demás cuentas bancarias se encuentran activas a la fecha y presentaron las siguientes observaciones al momento de su revisión:

CUENTA CORRIENTE							
BANCO	DESCRIPCIÓN	SALDO (Miles de pesos)	CONCILIACIÓN BANCARIA (REQUISITOS)				OBSERVACIONES
			ELABORADA	EXTRACTO BANCARIO	REPORTE SISTEMA	FIRMA	
	TUNAL	95.977	X	X	X	X	Cuentas a nombre de las USS, no presentan conciliación bancaria
	MEISSEN	30.513	X	X	X	X	
	USME	95	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4869928072	1.058	✓	✓	✓	✓	
TOTAL		127.643					
CUENTA DE AHORROS							
BANCO	DESCRIPCIÓN	SALDO (Miles de pesos)	CONCILIACIÓN BANCARIA (REQUISITOS)				OBSERVACIONES
			ELABORADA	EXTRACTO BANCARIO	REPORTE SISTEMA	FIRMAS	
BANCO BOGOTA	No. 9009585649	3.184.378	✓	✓	✓	✓	Tiene otro banco y número de cuenta en el balance 4800391056 DAVIVIENDA
BANCOLOMBIA	TUNAL	566.398	X	X	X	X	Cuentas a nombre de las USS, no presentan conciliación bancaria
NO ES CLARO	MEISSEN	-	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	CONV. NAZARETH	23.996	X	X	X	X	
DAVIVIENDA	No. 4800393839	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIVIENDA	No. 4800393821	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIVIENDA	No. 4800393813	103	✓	✓	✓	X	Falta firma de tesorería
DAVIVIENDA	No. 4800393797	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIVIENDA	No. 4800393805	5.229	✓	✓	✓	✓	
DAVIVIENDA	No. 4800393888	830.964	✓	✓	✓	✓	

DAVIENDA	No. 4800393896	129.530	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393904	128.033	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393912	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393953	59.952	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393979	191.812	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393961	73	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393995	1	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394001	239.097	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394043	-	✗	✗	✗	✗	No tiene conciliación bancaria
DAVIENDA	No. 4800394019	10.228	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393789	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394035	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393938	3.269.898	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800393946	321.253	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394050	31.246	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394506	2.749.953	✓	✓	✓	✓	
AV VILLAS	No. 59022582	24.757	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800394027	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396923	-	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396931	3.019	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396949	2.279	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396956	20.072	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396964	9	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800396915	85	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800397418	702.101	✓	✓	✓	✓	
DAVIENDA	No. 4800397665	32	✓	✓	✓	✓	
BANCOLOMBIA	No. 56763560762	-	✗	✗	✗	✗	Esta cuenta aparece en balance pero no en Boletín de Tesorería, ni en conciliación entre Tesorería y Contabilidad
BANCOLOMBIA	No. 56763561033	8.948	✓	✓	✓	✓	
BANCOLOMBIA	No. 56763561131	55.548	✓	✓	✓	✓	

BANCOLOMBIA	No. 56763561319	1.877	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763561424	150.855	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763561602	100.961	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763565411	20.667	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763566086	117.357	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763566272	273.918	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763566451	45.723	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763567732	13.988	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763567830	1.311.529	✓	✓	✓	✓
BANCOLOMBIA	No. 56763568763	181.962	✓	✓	✓	✓
DAVIVIENDA	No. 4800398820	-	✓	✓	✓	✓
DAVIVIENDA	No. 4800396758	4.957.714	✓	✓	✓	✓
DAVIVIENDA	No. 4800407530	1.067.118	✓	✓	✓	✓
DAVIVIENDA	No. 4800403232	75.020	✓	✓	✓	✓
DAVIVIENDA	No. 4800407753	40.006	✓	✓	✓	✓
TOTAL		20.917.689				

✓ Cumple
x No cumple

Fuente: Conciliaciones Bancarias Junio 2017 Subred Sur

Los hallazgos encontrados en el cuadro anterior han sido informados al área de Tesorería para su respectiva aclaración. Vía correo electrónico el pasado 25 de Agosto de 2017 se solicitó la aclaración de estas observaciones y a la fecha de este informe no tenemos respuesta.

1.1.2 CUENTAS BANCARIAS CON PARTIDAS CONCILIATORIAS A JUNIO 2017

Dando continuidad y haciendo seguimiento al análisis realizado para la cuenta de Ahorros Davivienda No 4800391056 por la anterior Revisoría Fiscal a Abril de 2017, como se muestra a continuación:

	LIBROS	EXTRACTO		LIBROS	EXTRACTO		LIBROS	EXTRACTO
DETALLE	ACUMULADO A MARZO	ACUMULADO A MARZO		DEPURACION REALIZADA ABRIL	DEPURACION REALIZADA ABRIL		ACUMULADO A ABRIL	ACUMULADO A ABRIL
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	-21.795.603.124,65	0,00		-19.475.496.918,91			-2.320.106.205,74	0,00
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	13.810.828.680,81	0,00		4.751.997.174,24			9.058.831.506,57	0,00
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTO	0,00	25.142.025.526,13			13.920.225.144,18		0,00	11.221.800.381,95
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTO	0,00	-32.477.075.743,17			-28.643.724.889,70		0,00	-3.833.350.853,47

Tomado informe Revisoría Fiscal Kreston (Valores en pesos).

	LIBROS	EXTRACTO
DETALLE	DEPURACION REALIZADA ABRIL	DEPURACION REALIZADA ABRIL
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	-19.475.496.918,91	
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	4.751.997.174,24	
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTO		13.920.225.144,18
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTO		-28.643.724.889,70

Tomado informe Revisoría Fiscal Kreston (Valores en pesos).

✓ HALLAZGO

Davivienda No 4800391056 cuenta de Ahorros

SALDOS ACUMULADOS A JUNIO 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	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)

Fuente: Conciliaciones Bancarias Junio 2017 Subred Sur

DEPURACION ENTRE ABRIL Y JUNIO 2017			
CONCEPTO PARTIDA CONCILIATORIA	DEPURACION		VARIACIÓN
	LIBROS	EXTRACTO	%
CARGOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	99.749		4
ABONOS EN EXTRACTO NO REGISTRADOS EN LIBROS	63.733		1
ABONOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	135.687	1
CARGOS EN LIBROS NO REGISTRADOS EN EXTRACTOS	0	(99.666)	-3

Se deduce que entre Abril y Junio de 2017 solo se presentó depuración del 3% en cargos en libros no registrados en extractos, en cambio, para los otros saldos de partidas conciliatorias se verifica un incremento.

Haciendo seguimiento a las observaciones expuestas por la anterior Revisoría Fiscal, se encontró que las conciliaciones a Junio 30 de 2017 aun presentan un alto porcentaje de permanencia de partidas por conciliar, las cuales a la fecha de este informe se identifica la antigüedad de un año (Agosto 2016-Junio 2017).

RECOMENDACIÓN: Las cuentas que están 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 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 dichos casos.

1.2 REVISION ESTADOS FINANCIEROS

Se efectuó la revisión y firma de los Estados Financieros con a corte 30 de Junio de 2017:

- Balance General
- Estado de Resultados
- Estado de Cambios en el Patrimonio
- Planilla CGN 2005-01 NIIF
- Planilla CGN 2005-02 NIIF

Se hizo la comparación entre el Balance de Prueba generado por el sistema de información de la Subred y los balances que fueron preparados por el área financiera de la Entidad, donde se pudo establecer que las cifras presentaban razonabilidad.

2. AUDITORIA TRIBUTARIA

2. AUDITORIA TRIBUTARIA

PERIODO	AUDITORIA	HORAS	AUDITORES
1-31 Agosto 2017	TRIBUTARIA	12	YEIMY MONTILLA
		12	VIVIANA CUBILLOS
TOTAL		24	

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.	Balace de Prueba a Julio 2017, Libro auxiliar del pasivo, 80% de las causaciones de Inventarios y Cuentas por Pagar con sus soportes, Borrador declaración Retención en la Fuente e Ica.	Se presentó error de digitación para el tercero Solinsa Disfarma Subred Sur pues se encontró con dos Nit distintos. Para los terceros Numix Sociedad por Acciones y Comprolab SAS se encontraron facturas con fecha de Junio 2017. El Comprobante de Egreso VZ851 presentó dos numeros de factura distintos	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 Julio de 2017 se encontró lo siguiente:

2.1 RETENCION EN LA FUENTE:

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

Para la declaración de Retención en la fuente correspondiente al mes de Julio del 2017, esta Revisoría Fiscal desarrollo un análisis de la documentación soporte de las mismas en un 80%, en la cual se evidencio que:

- Durante el proceso de revisión de la información, se detectó que el Comprobante de Egreso No. 840 del proveedor Consorcio Solinsa Disfarma Subred Sur presentó factura No. 11 a nombre del mismo tercero, pero con distinto Nit.
- Los Comprobantes de Egreso Nos. 24 y 25 del proveedor Numixx Sociedad por Acciones presenta factura del mes de Junio de 2017.

- El Comprobante de Egreso No. 15 del proveedor Comprolab SAS presenta factura del mes de Junio de 2017.
- Al momento de la revisión el Comprobante de Egreso No. VZ 851 presento dos número de factura distintos, se indagó con el área de Contabilidad donde expresa que esto fue debido a que el proveedor Hospimedics SA hizo cambio del número de factura pasó de la No. 71895 a la No. 71971 sin afectar los productos ni el valor.

Sugerimos 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.

3. AUDITORIA DE CONTROL INTERNO

3. AUDITORIA DE CONTROL INTERNO

PERIODO	AUDITORIA	ITEM DEL CONTRATO	HORAS	AUDITORES
1-31 Agosto 2017	CONTROL INTERNO	Clausula 4 Literal E	40 40	YEIMY MONTILLA VIVIANA CUBILLOS
TOTAL			80	

Identificar mediante el análisis de la documentación preliminar entregada por la administración, el cumplimiento de la normatividad interna y externa así como la custodia de la misma en todas las áreas de La Subred Sur y su entrega oportuna a los diferentes entes de control.

Mediante pruebas de auditoría constatar que la información entregada por la Subred, y que a su vez requiera la firma del Revisor Fiscal cumpla con las normas y disposiciones legales vigentes. Asimismo, verificar que las Declaraciones Tributarias se presenten de manera oportuna ante la DIAN. Igualmente avalar que la Subred cumpla con su responsabilidad de pagar los aportes parafiscales establecidos por la Ley para cada uno de los funcionarios.

3.1 VERIFICACION DE DOCUMENTOS PARA FIRMA

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.	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

3.2 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 Junio y Julio de 2017.

Además de ello, se expide certificación de Parafiscales por cada uno de los Hospitales Tunal, Tunjuelito, Meissen, Vista Hermosa, Usme y Nazareth, desde Enero de 2012 a 30 de Abril de 2016, y los correspondientes como Subred Sur de Mayo de 2016 a Julio 31 de 2017.

3.3 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 EPS Convida a Junio 30 de 2017 por valor de \$ 2.173.083.352 pesos.

3.4 CONCLUSION:

De acuerdo a visita y entrevistas realizadas en el área de Tesorería el viernes 08 de Septiembre de 2017 en la USS Tunal, los funcionarios de esta área nos dieron aclaraciones a las observaciones mencionadas en el transcurso de este informe, en cuanto a cuentas bancarias y conciliaciones, donde se comprometieron a enviar los soportes para que nuestros análisis y observaciones sean más acertados, de los cuales esta Revisoría Fiscal presentará en su siguiente informe de actividades para el mes de Septiembre de 2017 los avances y recomendaciones a que haya lugar.

El presente informe de actividades, fue elaborado por la Revisoría fiscal para dar a conocer las diferentes labores realizadas durante el mes de Agosto de 2017, y a su vez manifestar las observaciones y comentarios que consideramos necesarios y convenientes para el mejoramiento y fortalecimiento de los sistemas de información y control interno de la Subred, lo cual no constituye critica a los procedimientos y a los controles previstos e implementados por la Entidad; si no una mejora a los mismos.

4. AUDITORIA ASISTENCIAL “URGENCIAS”

4. 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 cada una de las unidades de servicio de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. donde se presta el servicio de urgencias (Vista hermosa, Tunal, Meissen, Usme, Santa Librada, Jerusalén, Venecia, Manuela Beltrán, Candelaria, Medicina Interna y Carmen), analizando para ello la documentación requerida en cada una de ellas, con el fin de cumplir este objetivo.

Así, aprovechando esta labor, en el presente informe entregamos un análisis de cómo se encuentra la Entidad en el servicio de urgencias desde nuestro punto de vista como auditores en salud de la Revisoría Fiscal.

OBJETIVOS

- Verificación de los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud de calidad a los usuarios afiliados al sistema general de seguridad social en salud.
- Revisión del proceso de gestión en salud que deben estar implementados en 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 urgencias (Vista hermosa, Tunal, Meissen, Usme, Santa librada, Jerusalén, Venecia, Manuela Beltrán, Candelaria, Medicina Interna y Carmen).

ALCANCE

En el presente informe se realizara el análisis de la auditoria específica realizada al servicio de urgencias desde la planeación hasta la presentación 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, Usme, Santa Librada, Jerusalén, Venecia, Manuela Beltrán, Candelaria, Medicina Interna y Carmen) 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 las Unidades de Servicios de Salud de la Subred

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

- Director del área de urgencias de la subred sur: Dr. Juan Roberto Castaño.
 - Jerusalén, Manuela Beltrán y Venecia: Jefe Ricardo Martínez.
 - Usme y Santa Librada: Jefe Rayfe Hosma.
 - Candelaria: Jefe Jhon Fredy Peña.
 - Carmen: Jefe Sonia Castañeda.
 - Tunjuelito: Dra. María Fernanda Ruiz.
 - Tunal: Dr. Abraham Giraldo.
 - Meissen: Dr. Jaime Fajardo.
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 a los servicios de urgencias de cada Unidad de Servicio.
 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.

4.1 DESARROLLO DE LA AUDITORIA

4.1.1 JERUSALEN:



- ✓ 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 recomienda 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.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de la "guía de aplicación de medicamentos", aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de la "guía" 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 subdirección científica para la implementación de evaluaciones y capacitaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del "protocolo de colocación y mantenimiento de sondas", 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las "guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad", 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 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 "protocolo de heridas y curaciones", aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial en la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que las enfermeras no aplican el protocolo de los 10 correctos de la aplicación de medicamentos, incumpliendo la normatividad vigente, aumentando el riesgo de incidentes en la atención del paciente y aumentando el riesgo de pérdida de medicamentos para la institución.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el carro de paro no hay rotación de medicamentos e insumos por falta de dispensación de estos en la Subred, según manifiestan las personas encargadas, ya que en ellos no deben haber medicamentos semaforizados en rojo por la importancia que ellos representan en el proceso de calidad en la atención del proceso de urgencias (reanimación cardio- cerebro pulmonar, RCCP) para la continuidad y conservación de la vida del usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur y a la Subdirección Científica, realizar una planeación, ejecución y verificación estratégica a el servicio de farmacia para la rotación de los inventarios a nivel de todas las USS de la Subred Sur.

Iniciar trámite de gestión de cambio de medicamentos e insumos con el proveedor cuando ya estén sobre los seis meses de vida (semaforizados en color amarillo); cuando los medicamentos han tenido baja rotación y estén sobre menos de seis meses de vida (semaforizados en color rojo) se debe

informar al coordinador para que autorice el reemplazo inmediato; cuando los medicamentos ya estén con fecha de vencimiento cumplida, la persona encargada de la farmacia los trasladará a la bodega central en la cual se dispondrá de una área para ubicar y separar estos medicamentos de línea negra al igual el encargado de la farmacia debe informar al comité de farmacia para aprobar la destrucción bajo el procedimiento establecido por la Subred y establecer las acciones preventivas y correctivas a que haya lugar.

- ✓ Fortaleza: cuadro de indicadores de gestión de la USS, se sugiere se debe seguir alimentando mensualmente ya que de este se desprende la retroalimentación a cada uno de los clientes internos de las debilidades y fortalezas; en cuanto a los temas hay señalados y de los planes de mejoramiento para cumplir con el objetivo: "calidad en la prestación del servicio", mejorar la oportunidad en la atención, el acceso al servicio y la seguridad de los servicios de urgencias.

FECHA		INDICADORES DE GESTIÓN DE MI CENTRO DE ATENCIÓN													
NOMBRE DEL INDICADOR		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRA	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO TOTAL	META
OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN OTSA	MÉDICO														
PORCENTAJE DE ASISTENCIA	ENFERMERA														
	ODONTÓLOGO														
PORCENTAJE CAPTACIÓN TEMPRANA															
PORCENTAJE SATISFACCIÓN DE USUARIO															
PORCENTAJE ASISTENCIA A GCSA H.T.A															
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO META VACUNACIÓN	POCLO														
	TRIPLE VIRAL														
PORCENTAJE ADHERENCIA A GCSA Y PROTOCOLOS	MÉDICO														
	ENFERMERA														
PRINCIPAL EVENTO ADVERSO DEL CENTRO	ODONTÓLOGO														
RIESGO PRIORIZADO															

- ✓ Fortaleza: timbre para código azul en el área de reanimación, ya que esta forma activa la rápida reunión de todos los miembros del equipo encargado, reduciendo el tiempo de respuesta y brindando una prestación oportuna y rápido control sobre el paciente.



4.1.2 CANDELARIA:



- ✓ 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 recomienda a la Administración de la Subred Sur E.S.E, unificar la señalización de la Subred haciendo seguimiento estricto a los procesos de la institución.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que las enfermeras no practican los 10 correctos a los usuarios, incumpliendo la normatividad vigente, aumentando el riesgo de incidentes en la atención del paciente y aumentando el riesgo de pérdida de medicamentos para la institución.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la Institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario, durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 del Sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el formato de salida voluntaria no se visualiza el motivo por el cual el usuario solicita su salida.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una revisión de tal formato, desde el área de calidad y de la subdirección científica para la implementación.

- ✓ Hallazgo: se evidencia en el formato "Consentimiento Informado" centro de atención: Upa Candelaria y debe ser USS Candelaria; se autoriza al equipo de salud del "Hospital Vista Hermosa" y debe ser a la Subred de Servicios de Salud.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar una revisión de tal formato desde el área de calidad y de la subdirección científica para la implementación.

4.1.3 VENECIA:



- ✓ Hallazgo: se evidencia que la sala de espera del servicio de urgencias no cuenta con unidad sanitaria para personas en condición de discapacidad, incumpliendo con la normatividad y dificultando el acceso a esta población.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere 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 sanitarias a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que el área observación adultos no cuenta con la división entre camillas, 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: se evidencia en toda la institución unas condiciones de aseo muy 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 deficiente presentación personal del equipo de salud (ya que no portan uniforme, ni bata blanca, ni carnet entre otros).

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur junto con la Subdirección Científica la implementación de condiciones mínimas para la atención al usuario por parte del personal asistencial.

4.1.4 MANUELA BELTRAN:



- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos.

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 la sala de espera del área de urgencias tres acompañantes junto con sus respectivos familiares esperando resultados de laboratorio por más de 6 horas para que el medico pueda determinar la conducta a seguir.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, junto con la Subdirección Científica revisar el proceso e indicador de recolección y entrega de resultados de

laboratorios a cada una de las USS, para agilizar el proceso en pro de un servicio de calidad.

- ✓ 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 recomienda 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.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que los pisos de la sala de espera de urgencias 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 Sur realizar un diagnóstico del estado de la infraestructura para diseñar un plan de intervención que mejore las condiciones del piso.

4.1.5 TUNAL ADULTOS:



- ✓ Hallazgo: se evidencia que en la sala de espera del servicio de urgencias se encuentran 3 usuarios, los cuales están en la espera de ser ingresados al servicio de urgencias para ser hospitalizados por el servicio de cx.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, la Subdirección Científica y el Área de Calidad realizar una planeación para la implementación de un procedimiento para la hospitalización de los usuarios que están programados para procedimientos quirúrgicos por consulta externa, ya que el actual no brinda una atención de calidad y congestiona el servicio de urgencias.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no hay trato amable y humanizado por parte del equipo asistencial hacia los usuarios, incumpliendo con la normatividad vigente y con el derecho a un trato amable.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación especialmente al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a los derechos y deberes de los usuarios y el estándar de trato amable y humanizado.

- ✓ Hallazgo: se evidencia inadecuada clasificación de residuos, incumpliendo la normatividad vigente aumentando el riesgo de accidentes laborales para el personal de recolección de desechos.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la Institución en especial al manejo de residuos hospitalarios.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia que el suministro de ropa hospitalaria en el área de urgencia es insuficiente, esto conlleva a que los usuarios permanecen en las camillas sin sábanas ni cobijas, incumpliendo la institución con el derecho a la privacidad y aumentando el riesgo de un incidente.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, revisar el proceso de contratación en especial el suministro de ropa hospitalaria y realizar un seguimiento estricto al procedimiento de suministro diario de ropa limpia al servicio de urgencias.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el servicio de urgencias hay sobrecupo ya que tiene 21 camas habilitadas y en dos días de la visita de la auditoría se encuentran más de 60 usuarios en el servicio, aumentando el riesgo de incidentes

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur junto con la Subdirección Científica, revisar el proceso de habilitación de camas.

- ✓ 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 el Tunal".

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda 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.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en los consultorios de evolución del triage, los médicos y estudiantes dejan sus maletas sobre un cajón en una altura considerable, aumentando el riesgo de causar un incidente a los usuarios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el proceso y hacer seguimiento de asignación de loker para los médicos y estudiantes.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 del sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos.

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 la socialización del protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: se evidencia en el carro de paro de reanimación: las cánulas de mayo-guedel están sin semaforizar y no se halla N.5; no se hallan sondas de succión N.12, 14 y 16. Solo se evidencian N 18; soluciones están sin semaforizar.
- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

4.1.6 TUNJUELITO:



- ✓ 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 Tunjuelito".

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda 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.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el Área de Calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia la publicación en un lugar visible de los deberes y derechos de los usuarios, tampoco de su socialización.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el procedimiento de publicación y socialización de los deberes y derechos de los usuarios ya que cae en el incumplimiento de la norma.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia socialización del programa de seguridad del paciente y sus principales riesgos en salud, ya que cae en el incumplimiento de la norma, y aumenta 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 la socialización del programa de seguridad del paciente, desde el Área de Calidad y la Subdirección Científica a través de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que el área observación adultos no cuenta con la división entre camillas, 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: No se evidencia la socialización de la guía de aplicación de medicamentos, aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de la guía 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 Subdirección Científica para la implementación de evaluaciones y capacitaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 del sur.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La revisoría fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que las enfermeras no aplican el protocolo de los 10 correctos de la aplicación de medicamentos, incumpliendo la normatividad vigente, aumentando el riesgo de incidentes en la atención del paciente y aumentando el riesgo de pérdida de medicamentos para la institución.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.

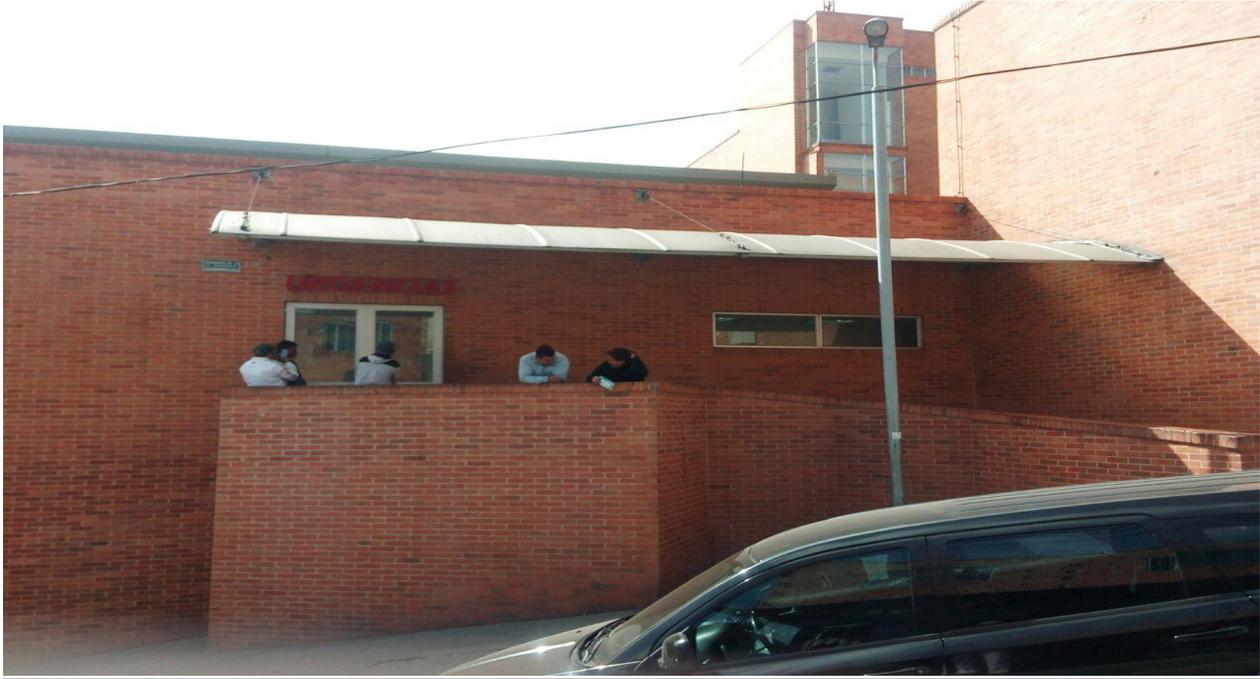
- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos.

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 la socialización del protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

4.1.7 VISTA HERMOSA:



- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el Área de Calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo de trato amable y humanizado, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando un ambiente de no calidad en la prestación de los servicios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, desde el Área de Calidad revisar el protocolo y realizar su respectiva capacitación junto con evaluaciones a todo el personal de la USS sobre el "trato amable y humanizado" .

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación.

4.1.8 MEISSEN:

- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el servicio de urgencias hay sobrecupo ya que tiene 20 camas habilitadas y en dos días de la visita de la auditoria se encuentran más de 50 usuarios en el servicio, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de incidentes.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur junto con la Subdirección Científica, revisar el proceso de habilitación y rotación de camas a nivel USS.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no hay trato amable y humanizado por parte del equipo asistencial hacia los usuarios, incumpliendo con la normatividad vigente y con el derecho a un trato amable.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación especialmente al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a los derechos y deberes de los usuarios y el estándar de trato amable y humanizado.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia la publicación en un lugar visible de los deberes y derechos de los usuarios, tampoco de su socialización, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el procedimiento de publicación y socialización de los deberes y derechos de los usuarios, junto con el seguimiento estricto al proceso.

- ✓ 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 Meissen".

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.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 sugiere 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 sugiere 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal sugiere a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con

un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación

- ✓ Hallazgo: no se evidencia formatos en blanco en el buzón de sugerencias, incumpliendo con la normatividad y con el derecho de los usuarios a presentar sus quejas, reclamos, peticiones o sugerencias.

Oportunidad de mejora: : La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación al personal encargado de este buzón de pqrs y realizar un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a los de atención al usuario.



- ✓ Hallazgo: se evidencia que en el servicio de urgencias hay sobrecupo ya que tiene 21 camas habilitadas y en dos días de la visita de la auditoria se encuentran más de 60 usuarios en el servicio, y en cada cubículo se encuentran dos camillas y la ocupación es para una incumpliendo la normatividad, aumentando el riesgo de incidentes y de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur junto con la Subdirección Científica, revisar el proceso de habilitación y rotación de camas a nivel USS.



- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de accidentes laborales.

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.

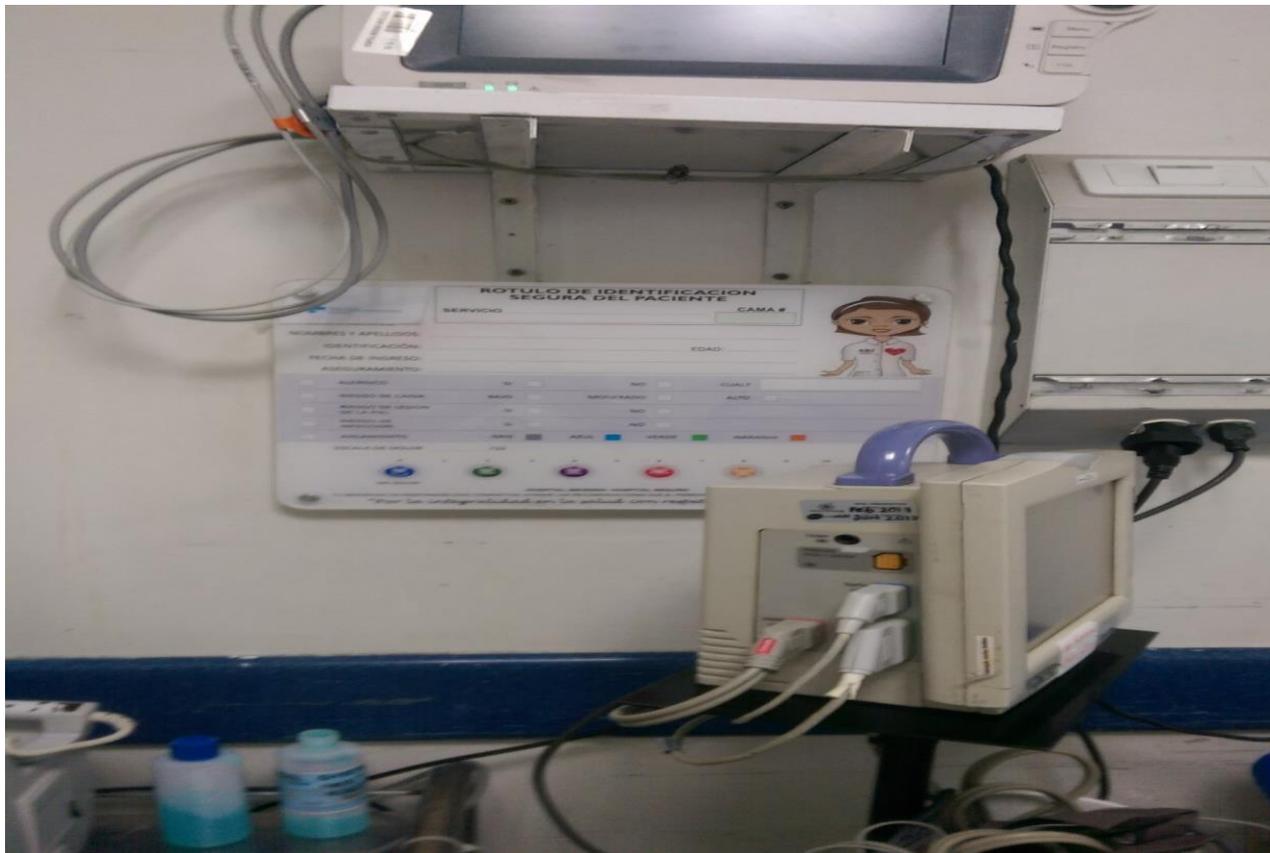
4.1.9 FORTALEZA:

- ✓ La USS Meissen cuenta con un sistema de prioridad de la atención (pre triage) agilizando y clasificando a los usuarios para una rápida atención.

The image shows a patient triage form with the following fields and sections:

- Triage de Urgencias** (Title)
- Nombre del Paciente** (Patient Name)
- Numero Documento** (Document Number)
- Hora Validación** (Validation Time)
- acompañante** (Accompanying Person)
- Edad** (Age)
- Sexo** (Gender)
- Fecha de Nacimiento** (Date of Birth)
- Glasgow** (Glasgow Score)
- Código Cielo** (Sky Code)
- Clasificación Triage** (Triage Classification) with categories I, II, III, IV, V.
- I-Atención inmediata** (Immediate attention)
- II-Atención en 10 minutos** (Attention in 10 minutes)
- III-Atención en las próximas horas** (Attention in the next hours)

- ✓ La USS Meissen tiene dentro de su procedimiento de identificación del usuario una lámina con datos relevantes para la identificación de cada usuario, ubicada en un sitio visible, contribuyendo a reducir el riesgo de atención insegura.



4.1.10 CARMEN:

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo de trato amable y humanizado, aumentando el riesgo de incumplimiento a la normatividad vigente y aumentando un ambiente de no calidad en la prestación de los servicios.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, desde el área de calidad revisar el protocolo y realizar su respectiva capacitación junto con evaluaciones a todo el personal de la USS sobre el "trato amable y humanizado"

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no hay trato amable y humanizado por parte del equipo asistencial hacia los usuarios, incumpliendo con la normatividad vigente y con el derecho a un trato amable.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación especialmente a todo el personal con un seguimiento estricto a los procesos de la Institución en especial a los derechos y deberes de los usuarios y el estándar de trato amable y humanizado.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia la publicación en un lugar visible de los deberes y derechos de los usuarios, tampoco de su socialización, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, revisar el procedimiento de publicación y socialización de los deberes y derechos de los usuarios, junto con el seguimiento estricto al proceso.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de la guía de aplicación de medicamentos, aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de la guía 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 subdirección científica para la implementación de evaluaciones y capacitaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y en la atención de los usuarios por desconocimiento del protocolo por parte del personal asistencial.

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

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la Institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia inadecuada clasificación de residuos, incumpliendo la normatividad vigente aumentando el riesgo de accidentes laborales para el personal de recolección de desechos.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de residuos hospitalarios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de accidentes laborales.

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 evidencian formatos en blanco en el buzón de sugerencias, incumpliendo con la normatividad y con el derecho de los usuarios a presentar sus quejas, reclamos, peticiones o sugerencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación al personal encargado de este buzón de pqr y realizar un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a los de atención al usuario.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que la sala de espera del servicio de urgencias no cumple con los requisitos mínimos para brindar una atención de segura y de calidad, incumpliendo con la normatividad y Dificultando el acceso de los usuarios.

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 mínimas a los usuarios.

- ✓ Hallazgo: Se evidencia una muestra de recolección de orina sin rotular, incumpliendo con la norma y aumentando el riesgo de atenciones inseguras.

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, la subdirección científica y el laboratorio clínico para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal y se sugiere realizar verificación de los procesos de recolección de muestras.



- ✓ Hallazgo: se evidencian soluciones destapadas sin rotular incumpliendo con la norma y aumentando el riesgo de atenciones inseguras.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Sur, realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.



4.1.11 USME:



- ✓ Hallazgo: se evidencia deficiente presentación personal del equipo de salud (ya que no portan uniforme, ni bata blanca, ni carnet entre otros).

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur junto con la subdirección científica la implementación de condiciones mínimas para la atención al usuario por parte del personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia el procedimiento de identificación de todos los usuarios que acceden al servicio de urgencias, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del procedimiento y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el

Área de Calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de accidentes laborales.

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 la socialización de la guía de aplicación de medicamentos, aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de la guía 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 Subdirección Científica para la implementación de evaluaciones y capacitaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 se recomienda 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 protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la subdirección científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que las enfermeras no aplican el protocolo de los 10 correctos de la aplicación de medicamentos, incumpliendo la normatividad vigente, aumentando el riesgo de incidentes en la atención del paciente y aumentando el riesgo de pérdida de medicamentos para la institución.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo definido y documentado sobre prevención, valoración y reducción de caídas, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del protocolo y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios. Y realizar un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prevención, valoración y caída de los usuarios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia procedimiento definido y documentado para el manejo del paciente en urgencia y observación, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del procedimiento y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo definido y documentado para reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCCP), incumpliendo la normatividad y aumentado el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, junto con el área de calidad y la subdirección científica realizar la implementación del protocolo y capacitaciones junto con evaluaciones al personal para poder brindar una atención oportuna y de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

4.1.12 SANTA LIBRADA



- ✓ Hallazgo: se evidencia que no se cuenta con el procedimiento de custodia de las pertenencias de los usuarios durante la prestación de los servicios en el área de urgencias.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar un diagnóstico, una planeación y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para la implementación del procedimiento en cuanto al manejo, almacenamiento y transporte de las pertenencias del usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia el procedimiento de identificación de todos los usuarios que acceden al servicio de urgencias, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del procedimiento y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el Área de Calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia capacitación del protocolo de manejo de derrames y rupturas de medicamentos, incumpliendo con la normatividad y aumentando el riesgo de accidentes laborales.

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 la socialización de la guía de aplicación de medicamentos, aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento de la guía 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 Subdirección Científica para la implementación de evaluaciones y capacitaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de venopunción, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización del protocolo de colocación y mantenimiento de sondas, 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 asistencial.

- ✓ Hallazgo: No se evidencia la socialización de las guías de manejo de las 5 primeras causas de morbilidad, 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 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 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 protocolo de heridas y curaciones, aumentando el riesgo de eventos adversos y 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 a la Subdirección Científica para la implementación de capacitaciones y evaluaciones al personal asistencial.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia registro de prueba de equipos de reanimación en cada turno, ya que puede aumentar el riesgo de una atención de no calidad al usuario.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal asistencial con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prueba de los equipos de reanimación y su respectivo registro.

- ✓ Hallazgo: se evidencia que las enfermeras no aplican el protocolo de los 10 correctos de la aplicación de medicamentos, incumpliendo la normatividad vigente, aumentando el riesgo de incidentes en la atención del paciente y aumentando el riesgo de pérdida de medicamentos para la institución.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda realizar nuevamente retroalimentación al personal de enfermería con un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial al manejo de líquidos y administración de medicamentos.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo definido y documentado sobre prevención, valoración y reducción de caídas, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Riscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del protocolo y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios. Y realizar un seguimiento estricto a los procesos de la institución en especial a la prevención, valoración y caída de los usuarios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia procedimiento definido y documentado para el manejo del paciente en urgencia y observación, incumpliendo la normatividad y aumentando el riesgo de eventos adversos en la atención de los usuarios por desconocimiento por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, realizar la implementación del procedimiento y capacitaciones junto con evaluaciones al personal desde el área de calidad para poder brindar una atención de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

- ✓ Hallazgo: no se evidencia protocolo definido y documentado para reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCCP), incumpliendo la normatividad y aumentado el riesgo de una atención insegura.

Oportunidad de mejora: La Revisoría Fiscal recomienda a la Administración de la Subred Integrada de Servicios Sur, junto con el Área de Calidad y la Subdirección Científica realizar la implementación del protocolo y capacitaciones junto con evaluaciones al personal para poder brindar una atención oportuna y de calidad al usuario durante la prestación de los servicios.

4.2 CONCLUSIONES

- ✓ Los usuarios o clientes externos de la Subred Sur, opinan que en sus diferentes unidades de servicios el trato no es amable y humanizado por parte de los funcionarios, ya que para ellos significa un “ser tratados como personas”, que a los funcionarios se le vea buena actitud, respetuosos y voluntad de prestar el servicio y que se les brinde una atención oportuna sin discriminación de ninguna clase, que sean identificados por su nombre y no por un número, que se les suministre información continua sobre su estado de salud y colocarse en el lugar de ellos comprender que se sienten enfermos y esto puede provocarle reacciones de enfado, que se sienten vulnerables e inseguros, que sientan que los acogen y que se preocupan por ellos.
- ✓ Los colaboradores o clientes internos de la Subred Sur que laboran en las diferentes unidades de servicio, manifiestan su inconformidad con los diferentes componentes del clima organizacional como por ejemplo el modelo de contratación que se está llevando en la subred (1mes), es la “incertidumbre por la que pasan cada mes sin saber si les van a renovar el contrato o no”; la duplicidad en el trabajo ya que en varias unidades no está la nómina completa, llevándolos a sobrecarga laboral; la falta de capacitaciones continuas para ofrecer servicios seguros y de calidad. (Auditoria Administrativa).
- ✓ Los canales de comunicación no son adecuados al interior de la subred sur para que las políticas y objetivos ya establecidos se logren de manera eficiente.
- ✓ Los hallazgos encontrados entre la calidad esperada y la calidad observada en las visitas a las diferentes unidades de servicio en el servicio de urgencias deben ser analizadas por el grupo primario para posteriormente definir actividades y hacer seguimiento de cumplimiento.
- ✓ Fortalecer la prestación de los servicios de salud en sus tres niveles (bajo, medio y alto) en la Subred de Servicios de Salud Sur y en sus diferentes unidades de servicios y la rotación de los pacientes a lo largo de ellos para contribuir con la descongestión de los de mayor complejidad.
- ✓ Fortalecer el trabajo en equipo al interior de la Subred de Servicios de Salud Sur, en sus diferentes áreas para poder acelerar el cumplimiento de los requisitos mínimos para la prestación de los servicios de calidad.

5. AUDITORIA PLAN DE GERENCIA

5. 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

INFORME INDICADORES III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIA

INTRODUCCION:

El sistema de salud ha presentado cambios importantes en la Organización, que han involucrado a la calidad de la atención como uno de los pilares fundamentales de la prestación de los servicios de salud, por esto la calidad de la atención es un requisito fundamental, orientado a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios; lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de gestión de calidad en todas las instituciones prestadoras del sistema, que pueda ser evaluado regularmente, para lograr mejoras progresivas en cuanto a la calidad del servicio de salud.

Para dar cumplimiento a estos cambios que se han generado en el sistema de salud, se han incluido en el plan de Gestión gerencial indicadores correspondientes a la prestación de salud, los cuales se encuentran soportados en la ley 1438 de 2012, resoluciones 710 de 2012, 1446 de 2006 y 743 del 2013. Buscando dar cobertura y atención al 100% de la población.

OBJETIVO:

Realizar seguimiento a la ejecución de los indicadores según el Plan De Gestión Gerencial 2016-2019, para el primer trimestre 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, para el primer trimestre 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.

5.1.1 III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%.

INDICADOR No12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRE O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTANTES

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No.12	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS 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
RESULTADO 	20/24= 83%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo a lo registrado en la ficha de este indicador , alcanza un 83%, del estándar exigido, por lo cual se **otorga calificación cinco (5)** según resolución 710 del 2012.

Nota: Este indicador no se encuentra analizado ni evaluado en comité de historias clínicas (el cual fue creado mediante resolución No 00674 del 7 de junio del 2017, ni en comité de calidad, creado mediante resolución 1013 del 11 de agosto de 2017), fuentes de información establecidas en la resolución 710 de 2012. La información se obtiene de la ficha técnica del plan de gestión recopilada por el sistema de información-TIC.

5.1.2 INDICADOR No 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	0
FUENTE DE INFORMACION	No se evidencia ficha del indicador

Se solicita información de este indicador del cual no se obtiene por lo cual su calificación es 0.

El 7 de junio de 2017 la Subred Sur E.S.E. Adopta las guías de práctica clínica generales y por servicio de acuerdo con las primeras causas de consulta, mediante resolución No.0674.

En la Subred Sur no se encuentran datos para este indicador, por lo cual no se evalúa este indicador para el I trimestre del 2017, debido a que se encuentra en

proceso de socialización por parte de la entidad; el Comité se estableció mediante Resolución No.0674 de 2017 el 7 de Junio de 2017, en la cual la Subred Sur E.S.E. adopta las guías de práctica clínica generales y por servicio de acuerdo con las primeras causas de consulta; estas guías se actualizarán de acuerdo con los avances científicos, tecnológicos o normativos, entre las cuales encontramos:

- 1- GPC Para Síndrome coronario agudo.
- 2- GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardiaca en población mayor a 18 años, clasificación B,C,D.
- 3- GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de episodio agudo de la taque cerebro vascular isquémico en población mayores a 18 años.
- 4- GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo I.
- 5- Diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años.
- 6- GPC para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para los pacientes con dislipidemia mayores de 18 años.
- 7- GPC para la prevención, y detección temprana y manejo inicial para alteraciones del crecimiento y neurodesarrollo en menores de 10 años.
- 8- GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad en adultos.
- 9- GPC basada en la evidencia científica para la atención de infección por VIH/sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos.
- 10- GPC para el diagnóstico, atención integral y seguimiento en niños y niñas con asma.
- 11- GPC para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino.
- 12- GPC para el manejo de cáncer del cuello uterino invasivo.
- 13- GPC para el diagnóstico y tratamiento de epilepsia.
- 14- GPC Recién Nacido con sepsis neonatal temprana.
- 15- GPC Recién Nacido con asfixia perinatal.

Se realiza revisión de cumplimiento del indicador con la Dra. Sandra Medina Coordinadora de Calidad de la Subred Sur E.S.E, quien manifiesta que a la fecha se encuentran estas 15 guías adoptadas por resolución, las cuales serán socializadas con el apoyo de la Universidad Militar los días 1 y 2 de septiembre de 2017, fecha en la que se entregaran memorias de las mismas, con evaluación a finales del mes de septiembre.

Calificación para este indicador es de cero (0) según anexo 3 de la resolución 710.

Nota: Este indicador debe contar con el perfil epidemiológico que contemple primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad.

5.1.3 INDICADOR No 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No 14	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA
FORMULA	Número de pacientes con diagnóstico de apendicitis al egreso a quienes se realizó la apendicetomía 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
 RESULTADO	258/211= 81%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo con lo registrado en la ficha de este indicador y los datos tomados de Dinámica Gerencial, se evidencia que de 258 pacientes con diagnóstico de apendicitis, fueron llevados a procedimiento quirúrgico antes de las 6 horas 211, alcanzando un 81%, por lo cual se **otorga calificación tres (3)** según resolución 710 del 2012, durante la vigencia evaluada el indicador arrojó un resultado entre 0.71 y 0.89, encontrándose fuera del estándar esperado, según resolución 743 del 2013 el cual corresponde al igual o mayor al 0.90.

Para este indicador vamos a realizar el seguimiento en las unidades de cirugía para indagar cual es la causa de deficiencia y alcanzar el 100% de este y evitando complicaciones y mortalidad por inoportunidad.

5.1.4 INDICADOR No 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTRANUAL

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No 15	NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍAS BRONCO-ASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRA-HOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTRANUAL
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 - aspitarivas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior)
Estándar exigido	= 0 o variación negativa
	0
FUENTE DE INFORMACION	0

Se solicita información de este indicador del cual no se obtiene por lo cual su calificación es 0.

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

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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 de miocardio en la vigencia.
Estándar exigido	≥ 0,90
	31/31= 100%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo con lo registrado en la ficha de este indicador 31, diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio, a quienes se inició la terapia específica dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico y 31 pacientes con diagnóstico de egreso de infarto agudo de miocardio en la vigencia, alcanzando un 100%, por lo cual se **otorga calificación cinco (5)** según resolución 710 del 2012.

Para este indicador es importante resaltar que para la fecha de evaluación de este no se habían socializado las guías clínicas de manejo.

El 7 de junio de 2017 la Subred Sur E.S.E. Adopta las guías de práctica clínica, generales y por servicio de acuerdo con las primeras causas de consulta, mediante resolución No.0674.

5.1.6 INDICADOR No 17: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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 período
Estándar exigido	≥ 0,90
	0
FUENTE DE INFORMACION	0

Se solicita información de este indicador del cual no se obtiene, por lo cual su calificación es 0.

5.1.7 INDICADOR No 19 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	20491/2375= 8.62
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

Las consultas asignadas se dieron en un tiempo de 8,6 días, es decir mayor al tiempo establecido en la resolución 710, igualmente es mayor al de la meta establecida por la institución de 6,6 días.

De otra parte se debe verificar que las agendas de citas se den todos los días, es decir agendas abiertas, sin asignar cupos por días o por semanas (agenda cerrada) para certeza del resultado de este indicador.

En el evento de ser agenda **abierta** se obtiene una calificación de 3 y si es **cerrada** una calificación de 0 en este indicador.

Calificación para este indicador es de tres (3) según anexo 3 de la resolución 710

5.1.8 INDICADOR No 20: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE MEDICINA INTERNA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	109070/7976 = 13,67
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

Las consultas asignadas se dieron en un tiempo de 13 días, es decir menor al tiempo establecido en la resolución 710, **≤ 15** días.

De otra parte se debe verificar que las agendas de citas se den todos los días, es decir agendas abiertas, sin asignar cupos por días o por semanas (agenda cerrada) para certeza del resultado de este indicador.

En el evento de ser agenda **abierta** se obtiene una calificación de 5 y si es **cerrada** una calificación de 0 en este indicador.

Calificación para este indicador es de cinco (5) según anexo 3 de la resolución 710.

5.1.9 INDICADOR No 21 PROPORCIÓN DE GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	522/1020 = 51%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

Para este indicador, en el plan de gestión no hay línea de base, en la ficha técnica del indicador se observa que tienen como línea de base del 2016 el 60%.

El reporte para el primer trimestre de 2017 del 51% datos tomados de base de seguimiento a gestantes de PYD.

Calificación para este indicador es de uno (1) según anexo 3 de la resolución 710.

5.1.10 INDICADOR No 22: INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS

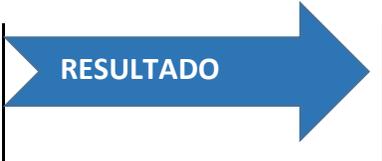
III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No 22	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGÉNITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE
FORMULA	Numero de Recién Nacidos con diagnóstico de Sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia
Estándar exigido	0 casos
	9
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

Número de Recién nacidos con diagnóstico de sífilis congénita en población atendida por la ESE en la vigencia es de 9 casos de 0 casos como meta establecidos.

Nota: Este indicador no se encuentra analizado ni evaluado en Comité de Vigilancia Epidemiológica, mortalidad y estadísticas vitales (el cual fue creado mediante resolución No 0073 del 23 de enero del 2017). La información se obtiene de la ficha técnica del plan de gestión recopilada por el sistema de información-tic.

Calificación para este indicador es de cero (0) según anexo 3 de la resolución 710.

5.1.11 INDICADOR No 23: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA: GUIA ATENCIÓN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	448/263 = 73%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

Para este indicador se parte de línea de base tomada del 2016 con un 73% de cumplimiento, para el 1er. trimestre de 2017 la Subred tiene un reporte 448 historias clínicas revisadas con aplicación estricta de la Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva adoptada por la ESE, de 623 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en el periodo de evaluación, con un porcentaje de cumplimiento del 73%, el cual se encuentra por debajo del estándar y meta establecido por la resolución 743 del 2013, alcanzando una calificación de 3. Sin embargo se evidencia; que la creación del comité de historias clínicas se realizó mediante resolución No. 00674 del 7 de junio del 2017. Se encuentra acta de comité de sesión en la cual adoptan guías de manejo.

Nota: Este indicador no se encuentra analizado ni evaluado en Comité de Historias Clínicas (el cual fue creado mediante Resolución No 00674 del 7 de Junio del 2017), ni en Comité de Calidad (creado mediante Resolución 1013 del 11 de agosto de 2017), fuentes de información establecidas en la Resolución 710 de 2012. La información se obtiene de la ficha técnica del plan de gestión recopilada por el sistema de información-tic.

La calificación para este indicador es de tres (3) según anexo 3 de la resolución 710.

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

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	566/864 = 66%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo con ficha técnica del 1er trimestre, se aplicó la guía a 566 de 834 niños atendidos alcanzando un 66% de la meta establecida mínima del 80%.

Nota: Este indicador no se encuentra analizado ni evaluado en Comité de Historias Clínicas (el cual fue creado mediante resolución No 00674 del 7 de junio del 2017), ni en comité de calidad (creado mediante Resolución 1013 del 11 de agosto de 2017), fuentes de información establecidas en la Resolución 710 de 2012. La información se obtiene de la ficha técnica del plan de gestión recopilada por el sistema de información-tic.

Calificación para este indicador es de tres (3) según anexo 3 de la resolución 710.

5.1.13 INDICADOR No 25 REINGRESO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	849/37732= 2,2%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo con ficha técnica del 1er. trimestre, reingresan por urgencias entre las 24 a 72 horas de ser atendidos en el primer trimestre, 849 pacientes de 37.732 arrojando un 2,2%, resultado por encima del establecido para este indicador en la Resolución 710 mayor a 0,10, adicionalmente no se encuentra evidencia en Comité de Historias Clínicas y/o Auditoria de Calidad el análisis y plan de acción, por lo cual se califica con 0 este indicador.

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

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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 médica 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
	234754/57454 = 4,09
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

De acuerdo con ficha técnica del 1er. trimestre, las consultas asignadas se dieron en un tiempo de 4 días, es decir mayor al tiempo establecido en la Resolución 710, de 3

días, de otra parte se debe verificar que las agendas de citas se den todos los días, es decir agendas abiertas, sin asignar cupos por días o por semanas (agenda cerrada) para medir objetivamente la oportunidad de esta y otras citas ambulatorias 15 días.

Calificación para este indicador es de tres (3) según anexo 3 de la resolución 710, en el evento de ser agenda **abierta**.

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

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No 27	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS DE MANEJO DE LAS TRES (3) PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE LA ESE.
FORMULA	Numero de Historias Clínicas con aplicación estricta de la guía de manejo para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) de la ESE! Total Historias Clínicas para las tres primeras causas de morbilidad (hospitalaria y ambulatoria) auditadas en la vigencia
Estándar exigido	≥0,80
	36/44 = 82%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

El indicador de evaluación de aplicación de guías de manejo de las tres (3) primeras causas de morbilidad se encuentra en un 82% con una calificación de (5), según anexo 3 de la Resolución 710.

El 7 de Junio de 2017 la Subred Sur E.S.E. Adopta las Guías de Práctica Clínica, Generales y por servicio de acuerdo con las primeras causas de consulta, mediante Resolución No.0674.

No se encuentra evidencia de sesión de Comité de Historias Clínicas en donde se analice este indicador

5.1.16 INDICADOR No 28 EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE FUGAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
INDICADOR No 28	EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍAS PARA PREVENCIÓN DE FUGAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA ESE
FORMULA	Numero de historias clínicas con aplicación estricta de la guía de prevención de fugas de pacientes de la ESE/ total de historias clínicas auditadas de pacientes que registraron fugas durante la vigencia
Estándar exigido	≥0,80
	
FUENTE DE INFORMACION	0

Se solicita información de este indicador del cual no se obtiene por lo cual su calificación es 0, según anexo 3 de la resolución 710.

El 7 de junio de 2017 la Subred Sur E.S.E. Adopta las guías de práctica clínica, generales y por servicio de acuerdo con las primeras causas de consulta, mediante resolución No.0674.

No se encuentra evidencia de sesión de comité de historias clínicas y/o auditoria de calidad por lo cual se califica con 0 este indicador.

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

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
	66/66= 100%
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

La calificación para este indicador es de (5), según anexo 3 de la Resolución 710.

Nota: Este indicador no se encuentra analizado ni evaluado en Comité de Historias Clínicas (el cual fue creado mediante Resolución No 00674 del 7 de junio del 2017), ni en Comité de Calidad (creado mediante Resolución 1013 del 11 de agosto de 2017), fuentes de información establecidas en la resolución 710 de 2012. La información se obtiene de la ficha técnica del plan de gestión recopilada por el sistema de información-tic.

**5.1.18 INDICADOR No 30: OPORTUNIDAD EN LA CONSULTA
PSIQUIÁTRICA.**

III. ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL 40%	
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
RESULTADO	34254/2721 =12.59 días
FUENTE DE INFORMACION	PLAN DE GESTION GERENCIAL 2017-2019 FICHA TECNICA INDICADOR

La calificación para este indicador es de (3), según anexo 3 de la Resolución 710.

5.2 CONCLUSIONES

- La creación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se aprobó e inicio su operación en el 2016, sin embargo el plan de gestión fue presentado por la gerencia tardíamente el cual fue aprobado recientemente por la Junta Directiva en el mes de Mayo de 2017. Generando ausencia de herramientas de dirección y gestión.
- Varios Comités como Calidad e Historia Clínica fueron creados recientemente, al igual que las guías y protocolos de atención, recientemente socializados, sin evidencia de tales actividades, así como actas de sesión y toma de decisiones, lo cual demuestra una debilidad de alto riesgo para la población usuaria y la seguridad del paciente.
- El plan de gestión se encuentra en proceso de consolidación por lo cual se dificulta evaluar avances, especialmente del primer trimestre, periodo objeto de este informe, época en la cual no se contó con esta herramienta administrativa de gestión, control y dirección.
- 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, generando riesgos para la población usuaria por inoportunidad y complicaciones médicas (9 niños con sífilis congénita), sin acciones correctivas.
- Igualmente su monitoreo es débil exponiendo la gestión clínica que de acuerdo a sus resultados y desviaciones deberá la entidad tomar las acciones correctivas a lugar haciendo uso de ciclos PHVA, los cuales son inexistentes.
- La ESE no entrego o no cuenta con información para evaluar algunos indicadores asistenciales (ejemplo los indicadores 15, 17 y 28), a pesar de su solicitud en varias oportunidades.
- De los indicadores evaluados se encontró que para el primer trimestre no se contaba con la siguiente información, como la adopción y socialización de las guías de práctica clínica, generales de acuerdo con las primeras causas de consulta. Tampoco se encontraba creado el Comité de Historias Clínicas, el cual fue constituido mediante resolución No 00674 del 7 de junio del 2017, de igual manera la ausencia del Comité de Calidad para el este periodo de evaluación, el cual fue constituido mediante Resolución 1013 del 11 de agosto de 2017.
- Es inconsistente el resultado de algunos indicadores con cumplimiento del 100%, toda vez que al momento de evaluar los mismos no se habían socializado las guías de manejo, por lo tanto su calificación es cero, por ejemplo el indicador No. 16 oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM), del cual se

considera realizar seguimiento debido a que es evidente que en el momento de aplicación de este indicador no se habían socializado las guías de manejo, por lo cual se considera que el resultado no es confiable, lo mismo sucede con el indicador No 29 evaluación de aplicación de guías para prevención de suicidio en pacientes tratados en la ese (ambulatorios y hospitalarios).

- La 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.
- Se encuentran fichas técnicas que incumplen con lo establecido para indicadores contemplados en la Resolución 1446 de 2006.

5.3 RECOMENDACIONES

- Revisar y fortalecer el plan de gestión de acuerdo con las características propias de la Institución, así como su perfil epidemiológico y morbimortalidad.
- Analizar los resultados de los indicadores asistenciales, socializarlos y establecer planes de acción y mejoramiento, con monitoreo, seguimiento y evaluación permanente de aquellos que están por debajo del estándar establecido normativamente.
- 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.
- 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.
- Revisar y ajustar guías de manejo de acuerdo con el perfil epidemiológico y morbimortalidad de la entidad.
- Activar los Comités y llevar los análisis para la toma de decisiones oportuna respectivas.
- Dejar evidencia de acciones correctivas en actas e informes para los Comités correspondientes (pamec, calidad, historias clínicas, otros).

6. CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LAS AUDITORIAS REALIZADAS

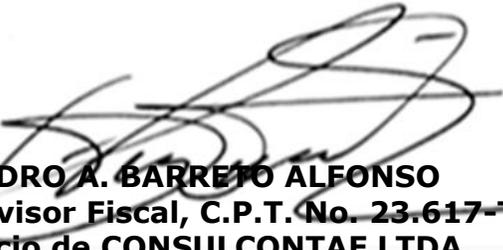
1. El Objetivo de nuestro trabajo de auditar los procesos asistenciales, administrativos y financieros no tienen un fin diferente al de establecer si hay políticas o procedimientos y si los hay, establecer el grado de avance y su respectiva adherencia con el fin de recomendar oportunidades de mejoramiento y no con el ánimo de acusar, calificar o descalificar a sus respectivos responsables de su implementación y ejecución permanente.
2. Hemos podido observar cierto temor de algunos funcionarios en aplicar los nuevos procesos, talvez porque llevan años haciéndolo a nivel de unidad de servicio, sin entender que su trabajo debe responder por la salud no de miles de personas sino de cientos de miles de usuarios.

Este tema también puede ser por el temor a fallar porque no se sienten con la capacitación necesaria o porque no han contado con un acompañamiento acorde con la obligación del cargo.

3. También observamos que en varios casos los procesos documentales no se encuentran al día, lo cual hace que los procesos de entrega de información o citas para entrevistas para el inicio del proceso de auditoria se dilate un poco en el tiempo.
4. Dentro de nuestros programas de auditoria nos hemos planteado visitas "sorpresa" por parte de nuestros auditores con el fin de establecer el cumplimiento de procedimientos o protocolos en algunas áreas, es decir, que llegamos al área programada y con el acompañamiento del Jefe o responsable del área, efectuamos la prueba programada. Estamos pendientes de su realización.

5. Por último nuestro interés es que con nuestro trabajo se puedan adelantar los procesos de mejoramiento que a nuestro juicio permitan cumplir adecuadamente las metas propuestas con la oportunidad y la calidad requerida en cada caso.

Atentamente,



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, Septiembre 26 de 2017
File-SUBRS-035-2017
C.C Dra. GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON
Gerente SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.