



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Oficina Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Fecha:	Periodo de ejecución marzo – mayo 2022
Proceso Auditado:	Servicios Complementarios
Responsable del Proceso:	Nancy Stella Tabares
Auditores:	María de la cruz Terán Álvarez

OBJETIVO:	Evaluar la atención prestada por los servicios de Hemodinámia, Cardiología y Gastroenterología en los términos de Oportunidad, Accesibilidad y Seguridad del Paciente frente a la realización del procedimiento, teniendo en cuenta otros determinantes inherentes a la prestación del servicio, entre los que se encuentran: Riesgos del proceso, estándares de habilitación de los servicios, cumplimiento de indicadores y cierre de ciclos de mejora. Auditoría través de la cual la Oficina de Control Interno busca que la prestación de estos servicios incremente la satisfacción de nuestros usuarios
ALCANCE:	Desde la verificación del comportamiento presentado por los servicios Tercerizados Hemodinámia, Cardiología y Gastroenterología frente a los criterios de Oportunidad, Accesibilidad e indicios de atención insegura durante la realización del procedimiento, hasta la evaluación de los riesgos, estándares de habilitación, cumplimiento de indicadores y cierre de ciclos de mejora, presentados en el segundo semestre de la vigencia 2021.
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social. • Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de los prestadores de los servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud. • Resolución 4358 de 2018 “Guías de Práctica Clínica Colombiana • Política Institucional de Seguridad del Paciente D1-DE-FT-07-02 • Política Institucional de Humanización D1-DE-FT-07-V3 • Documentos publicados en la intranet. • Mapa de Riesgos Institucional 2021 • Plan Operativo Anual 2021 <ul style="list-style-type: none"> • Política servicio al Ciudadano D1-DE-FT-07-V2 • Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia

EJECUCIÓN

Se efectuó análisis de la documentación que tiene publicada el proceso en la intranet, se evalúan las actividades y procedimientos que ejecutan los servicios de Hemodinámia, Cardiología y Gastroenterología, a través de soportes aportados por el proceso y de la base de usuarios atendidos en el periodo objeto de auditoría, de la cual se toma una muestra aleatoria y se revisan 543 historias clínicas, evidenciándose que los datos de oportunidad/accesibilidad e indicios de actos inseguros durante la realización del procedimiento, son concordantes con la información extraída de los soportes aportados por el proceso.

Se hace revisión del cumplimiento de indicadores establecidos para cada uno de estos servicios, y logro de las metas propuestas en el Plan Operativo Anual específico del proceso, se evalúa los riesgos establecidos por el proceso e identificados en la matriz de riesgos institucional, en relación a su formulación, efectividad de controles y cumplimiento al seguimiento según periodicidad establecida.

Planteamiento de planes de mejora al incumplimiento de los servicios Tercerizados frente a metas, indicadores, actividades de obligatorio cumplimiento y cierre de ciclos de mejora.



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Se lleva a cabo mesa de trabajo con líderes profesionales del proceso con el fin de analizar situaciones detectadas durante la auditoría y la posibilidad de subsanación en el desarrollo de la misma y por último se hace visita técnica a los servicios objeto de auditoría, donde se verifica cumplimiento a estándares de habilitación y entrevista a usuarios presentes frente a la percepción de la atención recibida, en términos de oportunidad, accesibilidad y trato humanizado.

HALLAZGOS

ANÁLISIS BASE DE USUARIOS ATENDIDOS EN EL PERIODO DE OBJETO DE AUDITORÍA OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y RESOLUTIVIDAD

1. Usuarios atendidos: Periodo reportado julio – diciembre 2021, de los servicios de Cardiología, Hemodinamia y Gastroenterología, procedentes de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa, con el siguiente número de usuarios por servicio: Cardiología 18.017, procedimientos de Hemodinamia 273 y Gastroenterología 8.879, para un total de 27.169 usuarios atendidos en los tres servicios.
2. Revisión de Historias Clínicas: Para la revisión de las historias clínicas se toma una muestra aleatoria de los usuarios consignados en esta base, procediéndose de la siguiente manera: Cardiología= total historias revisadas 69, en las que se evidencio inoportunidad en la respuesta a la interconsulta en 20 de ellas, Hemodinamia = total historias revisadas 29, evidenciándose inoportunidad en la respuesta en 12 de ellas y Gastroenterología= total historias revisadas 42 historias, en las que se encuentra inoportunidad en la respuesta en 18 de ellas para un total de 140 historias clínicas revisadas, esto con el objetivo de verificar criterios de Oportunidad, Accesibilidad e indicios de actos inseguros durante la realización del procedimiento.

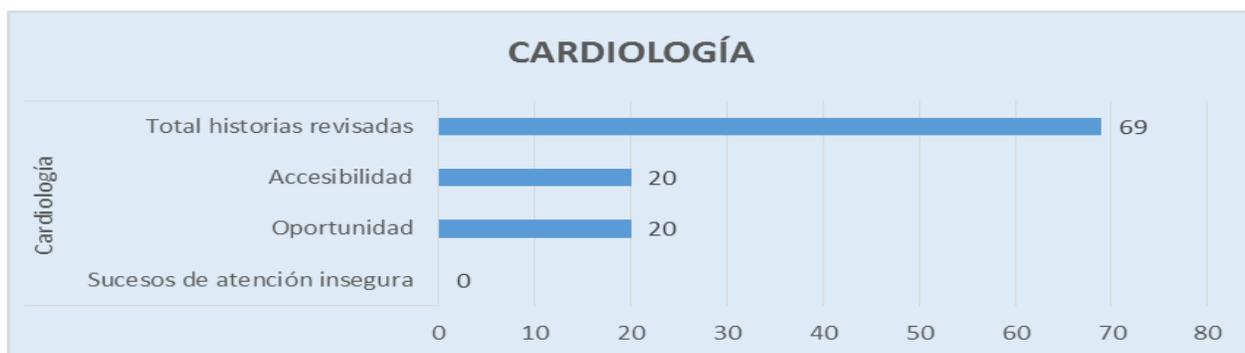
SERVICIO	USUARIOS ATENDIDOS	MUESTRA ALEATORIA	% REVISADO	INOPORTUNIDAD	% INOPORTUNIDAD
CARDIOLOGÍA	18.017	69	100%	20	28%
HEMODINAMIA	273	29	100%	12	41%
GASTROENTEROLOGÍA	8.887	42	100%	18	42%
TOTAL	27.169	140	100%	50	111%

3. Una muestra de las historias auditadas se relaciona en la tabla 1 y el resto de ellas hacen parte de los papeles de trabajo que conforman la documentación de la presente auditoría, los cuales son de libre consulta para las partes interesadas.

MES	Ingreso	Documentos	Nombre ¹	Nombre ²	Apellido ¹	Apellido ²	AMBITO	Suma de Cantidades
09.SEPTIEMBRE	8729166	1022931312	LUIS	ALBERTO	LEON		03.HOSPITALIZACION	1
10.OCTUBRE	9438524	1033720203	LUISA	FERNANDA	ARIAS	MUÑOZ	03.HOSPITALIZACION	1
10.OCTUBRE	9451781	51707625	CARMEN	EDILIA	BARBOSA	PINZON	03.HOSPITALIZACION	4
11.NOVIEMBRE	9172178	51777280	EDILMA		SILVA	SANTANA	02.URGENCIAS	3
11.NOVIEMBRE	9433561	17120788	JORGE		COLMENARE	RUIZ	03.HOSPITALIZACION	4
12.DICIEMBRE	9451719	41423534	RUTH	MERCEDES	CORTAZAR	DE PALOMIN	02.URGENCIAS	6
12.DICIEMBRE	9451719	41423534	RUTH	MERCEDES	CORTAZAR	DE PALOMIN	03.HOSPITALIZACION	2
12.DICIEMBRE	9517595	1136909316	URIEL	DAVID	MONROY	PEREZ	03.HOSPITALIZACION	2
12.DICIEMBRE	9598900	83015009	GABRIEL		DE ANTONIC	AREVALO	02.URGENCIAS	2
12.DICIEMBRE	9604912	35374398	ANUNCIACION	NULL	OSORIO	NULL	03.HOSPITALIZACION	4
12.DICIEMBRE	9616937	21133456	PALACIOS	DE GOMEZ	MARIA	NIEVES	03.HOSPITALIZACION	4
12.DICIEMBRE	9662619	VEN26757017	JOSE	RICARDO	MANZANILL		03.HOSPITALIZACION	1
12.DICIEMBRE	9704892	19356232	ALVARO		OVIEDO	OSORIO	03.HOSPITALIZACION	1
12.DICIEMBRE	9709411	41518328	MARY	LUZ	PERDOMO	LOZANO	03.HOSPITALIZACION	1
12.DICIEMBRE	9724959	1073722477	PAULA	JINETH	OLAYA	NUÑEZ	03.HOSPITALIZACION	1
12.DICIEMBRE	9732047	14013569	JHON	ALEXANDER	RODRIGUEZ	SUAREZ	03.HOSPITALIZACION	2
12.DICIEMBRE	9789728	267072	PLINIO		SUAREZ		03.HOSPITALIZACION	1
12.DICIEMBRE	9794936	3535749	PEDRO	LUIS	QUINTERO	GARCIA	02.URGENCIAS	1



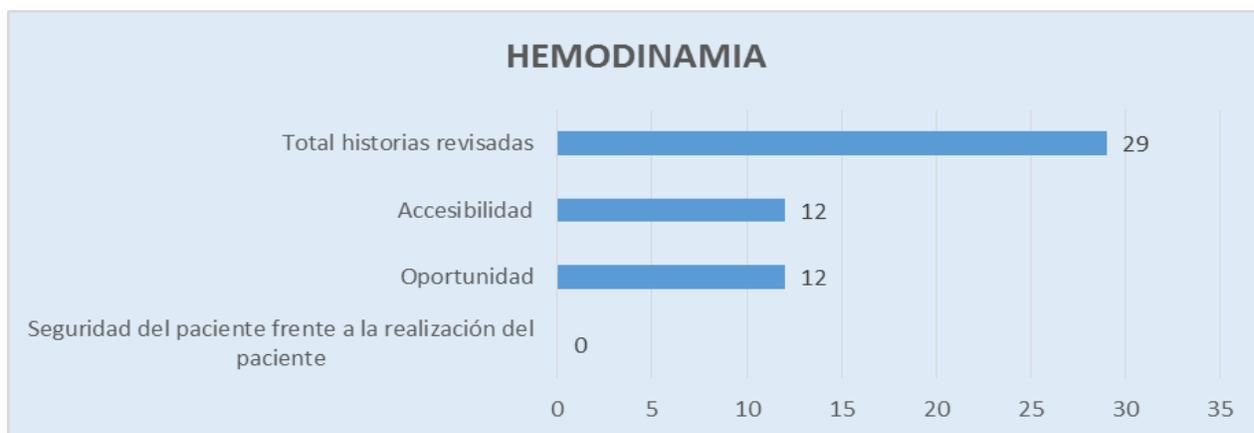
4. Posterior a la revisión de historias clínicas, se representa gráficamente el comportamiento de las atenciones frente a los criterios establecidos.



De las 69 historias clínicas correspondientes al segundo semestre vigencia 2021 revisadas se encontró que 20 de ellas presentan afectación en los criterios de Accesibilidad/Oportunidad, donde la respuesta a interconsulta es la que presenta una mayor afectación, con tiempos de respuestas superiores a las 3 horas, tal como lo establece el contrato 4658 – 2021, del 1º de mayo de 2021 al 15/01/2022 para los servicios de hospitalización y urgencias de la USS Meissen y Tunal.

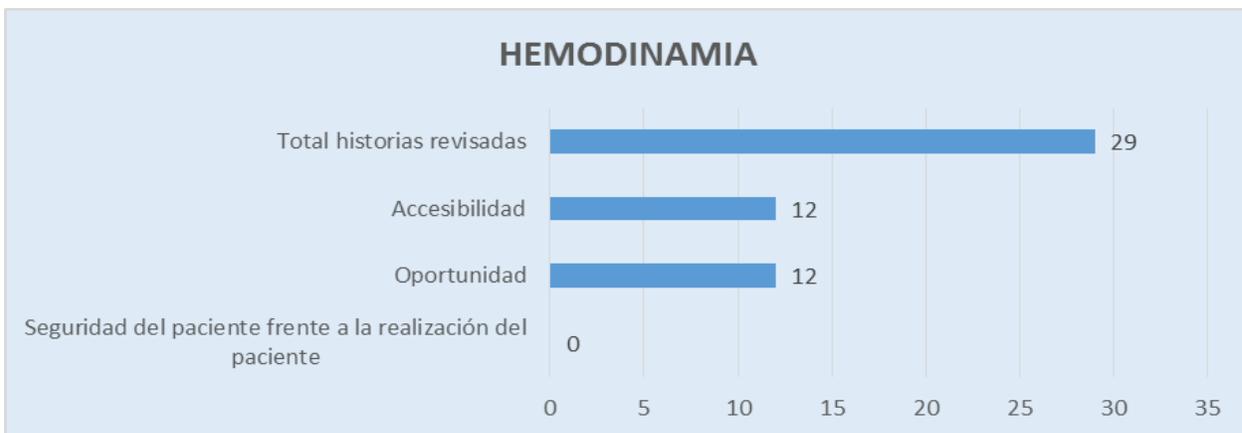
De esta forma la afectación a los criterios antes relacionados impacta en el mismo porcentaje la resolutivez, teniendo en cuenta que sobre los usuarios se produjo afectación a la atención integral y con calidad frente a la demanda de servicio.

En la base de indicios de atención insegura aportada por el programa de seguridad del paciente, no se encontró registros sucesos de seguridad del paciente.



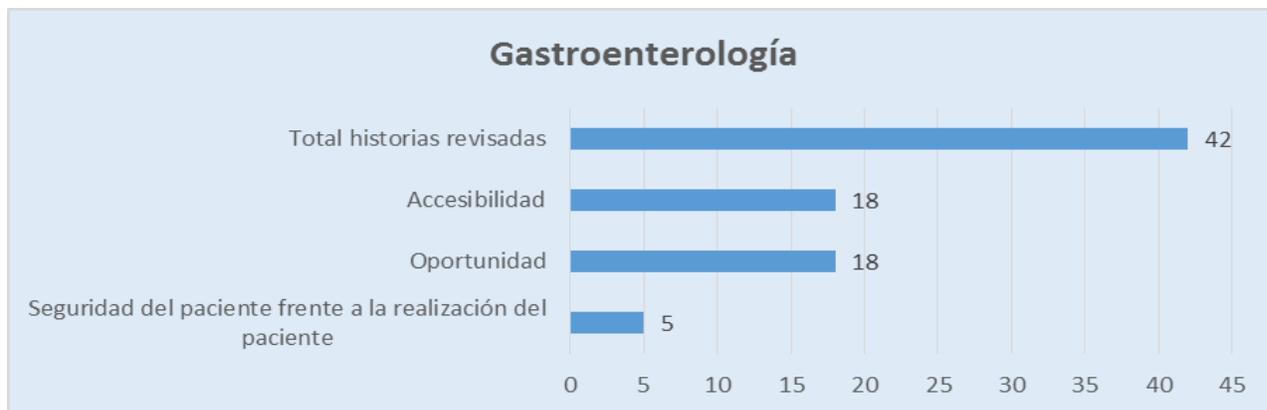
De las 29 historias clínicas revisadas correspondientes al segundo semestre vigencia 2021 se encontró que 12 de ellas presentan afectación en los criterios de accesibilidad/oportunidad, superando las 3 horas de respuesta en la UMHEs Tunal, tal como quedó establecido en el contrato 4658 - 2021, y sin reporte de indicios de atención insegura en la base de Seguridad del Paciente.

La desviación encontrada en los criterios de accesibilidad/oportunidad, impacta en el mismo porcentaje la resolutivez, teniendo en cuenta que sobre los usuarios se produjo afectación a la atención integral y con calidad frente a la demanda de servicio.



De las 29 historias clínicas revisadas correspondientes al segundo semestre vigencia 2021 se encontró que 12 de ellas presentan afectación en los criterios de accesibilidad/oportunidad, superando las 3 horas de respuesta en la UMHES Tunal, tal como quedó establecido en el contrato 4658 - 2021, y sin reporte de indicios de atención insegura en la base de Seguridad del Paciente.

La desviación encontrada en los criterios de accesibilidad/oportunidad, impacta en el mismo porcentaje la resolutivez, teniendo en cuenta que sobre los usuarios se produjo afectación a la atención integral y con calidad frente a la demanda de servicio.



De las 42 historias clínicas revisadas correspondientes al segundo semestre vigencia 2021, se encontró que 18 de ellas presentan afectación en los criterios de accesibilidad/oportunidad, se encuentra tiempos de respuestas a interconsulta para los servicios de urgencia y hospitalización USS Meissen y Tunal, por encima de las 4 horas contrario a lo estipulado en el Contrato No. 4675 del 2021. El proceso registró cinco sucesos de atención insegura, de los cuales se reporta a continuación los números de consecutivos, fecha en que se hizo el reporte, gestión y clasificación definitiva del suceso por parte del equipo de seguridad del paciente.



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

CONSECUTIVO DEL AÑO	CONSECUTIVO DEL MES	CONSECUTIVO DEL APLICATIVO	REGISTRE FECHA EN LA QUE OCURRIÓ EL SUCESO	REGISTRE FECHA EN LA QUE SE REPORTÓ EL	MES/AÑO
470	125	20479	2021-03-24	1-03-24 11:44:52	mar-21
615	26	20612	2021-04-07	2021-04-07 12:45:03.280	abr-21
626	37	20623	2021-03-30	2021-04-09 13:21:37.963	abr-21
740	151	20727	2021-04-26	2021-04-27 16:19:04.206	abr-21
1636	226	31596	2021-07-28	2021-07-28 09:11:22.409	jul-21

A continuación, se describe la clasificación efectuada por parte del equipo de seguridad del paciente, según número de consecutivo:

CONSECUTIVO DEL AÑO	CLASIFICACIÓN DEFINITIVAMENTE EL SUCESO
470	Indicio de Atención Insegura
615	Incidente
626	Complicación
740	Incidente
1636	Indicio de Atención Insegura

RELACIÓN DE HALLAZGOS

Acorde a la revisión de la documentación aportada por el proceso. (Base de usuarios atendidos, evaluación de indicadores y actas de mesa de trabajo entre líder del proceso y servicios Tercerizados, se establecen los siguientes hallazgos:

Hallazgo N°1: Incumplimiento a los Criterios Oportunidad/Accesibilidad:

Se encuentra que este hallazgo tiene debilidades fundamentadas en:

- No se cuenta con el análisis a indicadores de Oportunidad de Atención de los Tercerizados (Gastroenterología, Hemodinamia y Cardiología), frente a: Tiempos de Toma, Lectura de Exámenes y Entrega de Resultados, Respuesta de Interconsulta y Demanda Insatisfecha. (*Base - Grupo de estándares asistenciales –Acceso – Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, versión 3.1*).

Compromiso que además quedó establecido en mesa de trabajo del día 28/07/2021 y al momento de la auditoría continúa pendiente su formulación.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
D. Linea Operativa de Servicio
de Salud E.S.E

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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		MI-SIG-SIG-FT-01 V4
ACTA DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO		
NOMBRE DE LA REUNIÓN: REUNIÓN EQUIPO PRIMARIO DE MESA DE IMAGENOLOGIA – TERCEROS		
RESPONSABLE: CAROLINA GELASIO	SECRETARIO: KIMBERLY SOLER	
REUNIÓN N°: 9	FECHA: 28/07/2021	HORA INICIO: 13:00
LUGAR: UMES TUNAL- MODO VIRTUAL		HORA FINAL: 13:20

Formular indicadores de acceso, los cuales permitan medir y analizar la oportunidad en atención del Servicio de los tercerizados (Radiología e Imágenes Diagnósticas, gastroenterología y cardiología), tiempos de toma, lectura de exámenes y entrega de resultados, respuesta de interconsulta y demanda insatisfecha (*Medir y analizar*): Actualmente, cada servicio mide los indicadores establecidos y formulados en las primeras mesas de acreditación realizadas, se procederá a realizar el análisis de cada uno de estos para mejorar y plantear acciones de mejora con el fin de aproximarse a la meta establecida. Actualmente, con el servicio de gastroenterología se está trabajando un análisis específico del indicador de inasistencia el cual ha ido incrementando periódicamente.

Debilidad analítica frente a los indicadores: “% de inasistencia a procedimientos de Gastroenterología y % de cancelación de consultas de gastroenterología”. En el seguimiento que el proceso realizó a estos indicadores puede evidenciarse que no se logra el nivel satisfactorio del 5% establecido para el alcance de la meta, sin embargo, no está documentado la toma de acciones correctivas oportunas.

Nombre del indicador: % de inasistencia a procedimientos de Gastroenterología.

MES	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	COMENTARIOS
Enero	5%	60	738	8%	Dentro del estandar
Febrero	5%	85	765	11%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Marzo	5%	110	777	14%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Abril	5%	135	1290	10%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Mayo	5%	174	654	27%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Junio	5%	182	669	27%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Julio	5%	105	678	15%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Agosto	5%	95	696	14%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior para endoscopia y 2 días antes para colonoscopia por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Septiembre	5%	92	756	12%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Octubre	5%	85	765	11%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Noviembre	5%	45	537	8%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Diciembre	5%	67	525	13%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.



Nombre del indicador: % de inasistencia a consulta de Gastroenterología.

VARIABLES DEL INDICADOR		NUMERADOR		Sumatoria de consultas cancelados por inasistencia del paciente	
		DENOMINADOR		Total de consultas de gastroenterología asignadas por agente	
MES	META	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ANÁLISIS
Enero	5%	60	1128	5%	Dentro del estándar
Febrero	5%	85	1320	6%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Marzo	5%	110	1320	8%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Abril	5%	135	1216	11%	Por fuera del estándar. La pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Mayo	5%	87	1176	7%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Junio	5%	58	1064	5%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Julio	5%	121	1068	11%	Por fuera del estándar. Los paros y pandemia a aumentado el % de usuarios que no asiste. Se sugiere realizar procedimiento de confirmación de agendas
Agosto	5%	98	1428	7%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Septiembre	5%	87	1256	7%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Octubre	5%	83	1345	6%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Noviembre	5%	87	896	10%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo. También se ha identificado un alto porcentaje de no contactabilidad.
Diciembre	5%	74	752	10%	Por fuera del estándar. Se está realizando confirmación de agendas el día anterior por parte del servicio de Gastroenterología lo que ha mejorado el indicador, se seguirá trabajando en el ajuste del mismo.
TOTALES	5%	5742%	113608%	7.89%	

- La actividad de control “Capacitaciones a los Colaboradores en la adecuada preparación de los pacientes”, con la que se apunta al cumplimiento de los indicadores “% de inasistencia a procedimientos de Gastroenterología y % de cancelación de consultas de gastroenterología”, (arriba relacionados), presenta debilidades al no contar con la implementación de un sistema de capacitaciones, que permita llevar un registro del total de personas capacitadas, temas, medición de la adherencia y medidas correctivas frente a desviaciones encontradas.
- Inoportunidad en la formulación de planes de mejora al tercerizado frente al incumplimiento de indicadores y metas, teniendo en cuenta las actas de mesas de trabajo aportadas por el proceso, donde se evidencia las frecuentes alertas por parte del líder del proceso sobre el tercerizado, frente al incumplimiento en la oportunidad de agendas y atención de interconsultas, sin que se refleje la implementación de un plan de mejora que permita establecer controles y seguimientos.

EVALUACIÓN COMPORTAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL PROCESO FRENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Hallazgo N°2: Frente al riesgo planteado por el proceso – Matriz de riesgos 2021- y sus actividades de control.

En la matriz de riesgos institucional 2021 v2, el proceso cuenta con el planteamiento de cinco riesgos, de los cuales tres son específicos para el cumplimiento de actividades de los servicios Tercerizados, sin embargo, particularmente para el alcance de la auditoría el riesgo evaluado es el siguiente:



PROCESO	RIESGO	TIPOLOGIA	ACTIVIDAD DE CONTROL. 1. RESPONSABLE. 2. PERIODICIDAD. 3. PROPOSITO. 4. CÓMO REALIZA LA ACTIVIDAD. 5. DESVIACIONES.	EVIDENCIA
COMPLEMENTARIOS	Inatención de pacientes en laboratorio, gastroenterología, hemodinámica, cardiología, patología y radiología por errores de identificación y/o preparación del paciente (USS Urbanas y Rurales)	CLÍNICO	El líder de cada área realizara socialización de los manuales de toma de exámenes y preparación de pacientes de cada servicio	Soporte de socialización actas y listados de asistencia

Tenido en cuenta que el riesgo *“Inatención de pacientes en laboratorio, gastroenterología, Hemodinamia, cardiología, patología y radiología por errores de identificación y/o preparación del paciente (USS Urbanas y Rurales)”*, está relacionado con el incumplimiento al criterio de Oportunidad/Accesibilidad y sus indicadores, *(detallados en el hallazgo no.1)* y encontrándose que la inadecuada preparación de los pacientes fue una de las causas que llevó a la cancelación de procedimientos, se establece que el proceso debe fortalecer las siguientes actividades de control establecidas:

- *“El líder de cada área realizará socialización de los manuales de toma de exámenes y preparación de pacientes de cada servicio”*: Teniendo en cuenta que se trata de un control que busca la mitigación del riesgo, es recomendado cambiar el término Socialización por Capacitación, lo que permite cumplir con las especificaciones de universo, población capacitada, medición de adherencia y acciones correctivas frente a desviaciones.

Incumplimiento a la periodicidad establecida para el seguimiento a la actividad de control: Dado que en la matriz de riesgos se establece que se ejecutará de manera trimestral y el proceso ejecuta la acción acorde a cambios de personal o rotación de otros servicios, que se presenten en el proceso y no se evalúa a lo establecido en la matriz, por lo que se recomienda alinear el monitoreo de los riesgos y seguimiento de controles a lo establecido en la *“Guía de Riesgos y Diseño de Controles V5 - Metodología Para Administración del Riesgo, paso 3 pág. 20 y pág. 60, Monitoreo y Revisión”*.

- La responsabilidad de la ejecución del control está a cargo de los líderes de cada servicio y en los soportes aportados no se evidencia este cumplimiento, por lo que se hace necesario dar a conocer a estos colaboradores su responsabilidad y validar el cumplimiento a estos compromisos.
- El indicador establecido para este riesgo *“# total de fallas activas / # total de exámenes tomados en el periodo *100”*, “matriz de riesgos 2021”, no cuenta con ficha técnica, no se tienen soportes de seguimiento según la periodicidad establecida, ni plan de acciones correctivas frente desviaciones que ya eran evidentes.

Se evidencia que en la Matriz de Riesgos 2022, no se contempló la inclusión del riesgo *“Inatención de pacientes en laboratorio, gastroenterología, Hemodinamia, cardiología, patología y radiología por errores de identificación y/o preparación del paciente (USS Urbanas y Rurales)”*. Por lo que se alerta al proceso sobre el hecho, teniendo en cuenta que este riesgo presentó debilidades en las actividades de control, en la implementación oportuna de acciones correctivas y además de ello fue objeto de seguimiento en el *Informe Final de Auditoría de Regularidad Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Auditoría No. 172 de 2022*.

4.2.1 *“Beneficio de Control Fiscal Cuantificable - Recuperación por valor de \$5.332.350, por reintegro de recursos monetarios relacionados con el valor que se debía descontar al contratista en la facturación por concepto del incumplimiento en la oportunidad de respuesta a la consulta e interconsultas en el Contrato 4658-2021.*

En el desarrollo de la evaluación del contrato 4658 de 2021, cuyo objeto es: *“prestación del servicio integral para la*



atención especializada de Cardiología invasiva y no invasiva (Hemodinamia), atendiendo a las actividades procedimientos diagnósticos y terapéuticos de acuerdo a la oferta institucional en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE”, se estipuló en el estudio de necesidad y conveniencia de bienes y servicios la siguiente nota: “(...) Las actividades de consultas, interconsultas y procedimientos que no cumplan con los estándares de oportunidad definidos en la presente invitación a cotizar y carezcan de justificación válida, se les aplicara un descuento del 10% sobre la factura, previa revisión por parte del supervisor y el operador del supervisor.” Pág. 114

“4.2.2 Beneficio de Control Fiscal Cuantificable - Recuperación por valor de \$5.441.904, por reintegro de recursos monetarios relacionados con el valor que se debía descontar al contratista en la facturación por concepto del incumplimiento en la oportunidad de respuesta a las interconsultas en el Contrato 4657 de 2021. En el desarrollo de la evaluación del contrato No. 4675 de 2021, cuyo objeto es: “prestación del servicio integral para la atención especializada de gastroenterología adultos (consulta, procedimientos diagnósticos y terapéuticos), y consulta pediátrica, incluyendo apoyo tecnológico e insumos requeridos.”, se estipulo en el estudio de necesidad y conveniencia de bienes y servicios la siguiente nota: “(...) Las actividades de consultas, interconsultas y procedimientos que no cumplan con los estándares de oportunidad definidos en la presente invitación a cotizar y carezcan de justificación válida, se les aplicara un descuento del 10% sobre la factura, previa revisión por parte del supervisor y el operador del supervisor.” Pág. 115

Dado lo anterior se recomienda al proceso evaluar necesidad de inclusión en la matriz de riesgos de la vigencia, fortalecimiento de las actividades de control, seguimiento según la periodicidad establecida e implementación de acciones correctivas frente a las desviaciones encontradas.

EVALUACIÓN ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN - INFRAESTRUCTURA

Frente a las condiciones de Habilitación Resolución 3100 de 2019 - Estándar Infraestructura:

Se efectuó recorrido por los servicios de Cardiología, Gastroenterología y Hemodinamia, los días 28 y 29 de abril, con el objetivo de verificar condiciones de los servicios frente a estándares de habilitación (estándar Infraestructura) y además se aplicó encuesta de satisfacción a los usuarios presentes. Entre los hallazgos sobre la infraestructura se evidenció lo siguiente:

Hallazgo N° 3:

SERVICIO DE CARDIOLOGÍA:

- Pisos en mal estados, con presencia de grietas y porosidades, además de escasa ventilación e iluminación natural.
- En el servicio se encuentra un equipo de ecocardiograma antiguo, el cual no está en uso y lleva en el servicio más de un mes, con número de serie **3728A02543**, de propiedad de la entidad, este equipo es de gran tamaño y ocupa un espacio considerable en el servicio, por lo que se requiere la pronta intervención por parte del proceso de biomédica y que se le dé el trámite correspondiente.



SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA:

En el momento de la visita, se evidencia área interna en adecuación, con la generación de polvo, olor a pintura y resamamiento de muebles y equipos, que dificultan la comodidad tanto de usuarios como de colaboradores. Para el área externa se evidencia lo siguiente:

- Las condiciones del techo del área de espera del servicio de Gastroenterología, expone a los usuarios a los cambios ambientales, (lluvia, sol, frio etc.), ya que se encuentra roto, otras zonas sin tejado y escasas de sillas, lo que provoca acumulación de personas, entre pacientes y acompañantes, ya que para el tipo de procedimiento se requiere la presencia de un familiar.
- Alta circulación de personas sobre el área de espera del servicio de gastroenterología, teniendo en cuenta que esta zona es el pasillo que da acceso a la cafetería.
- Presencia de palomas y sus desechos en paredes y pisos, lo que genera focos infecciosos y afectación del aseo e higiene del área.



Área de espera de gastroenterología



Área de espera de gastroenterología

SERVICIO DE HEMODINAMIA

En este servicio no se encontraron daños evidentes sobre la infraestructura y equipos presentes. Los colaboradores presentes en el área refieren que con frecuencia se da la cancelación y/o reprogramación de procedimientos, en su mayoría por la inadecuada preparación del paciente, lo que refleja debilidades en la adherencia por parte del personal de enfermería frente a los procedimientos.

Al servicio ingresan pacientes para realización de procedimientos, cuyas condiciones clínicas no son aptas para la realización de entrevista de evaluación de satisfacción.

CONSOLIDADO PQRS D PRESENTADAS FRENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS TERCERIZADOS

OBSERVACIÓN N° 1: FRENTE A LA GESTIÓN DE LAS PQRS D

La oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano aporta para la realización de esta auditoría el consolidado de PQRS, correspondientes al proceso auditado, en lo que se pudo evidenciar lo siguiente:



Se evidencia un incremento en el número de reclamos frente al proceso, teniendo en cuenta que la vigencia 2022, a junio suma 555 reclamos y el año 2021 cerró con 574 reclamos.



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
COMPLEMENTARIOS VIGENCIA 2021	25	31	38	33	52	47	50	60	74	50	65	49	574
COMPLEMENTARIOS VIGENCIA 2022	44	56	80	129	150	96							555

Evaluando el comparativo de los reclamos recibidos por el servicio para el primer semestre de 2022 frente a 2021, presenta un incremento del 40%, que al primer semestre sumaban 226 reclamos y frente al mismo periodo vigencia 2022, acumula un total de 555, reclamos.

QUEJAS POR SERVICIO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
COMPLEMENTARIOS 2021	1	1	4	2	4	1	2	2	5	2	2	2	28
COMPLEMENTARIOS 2022	3	4	4	4	5	7							27
TOTAL	4	5	8	6	9	8	2	2	5	2	2	2	55

Fuente informe PQRSD - junta directiva 29 de julio de 2022

Respecto a quejas por servicio se evidencia que para el primer semestre de la vigencia 2022, respecto de la vigencia 2021, se ha incrementado en un 48%, ya que acumula a 30 de junio un total de 27 quejas frente a 13 quejas a 30 de junio de 2021.

Con el objetivo de lograr un incremento real en la satisfacción de los usuarios, se le recomienda al proceso evaluar el aumento de las quejas y reclamos evidenciados en los comparativos del primer semestre 2021 y 2022, con la consecuente toma de medidas correctivas y evaluación del impacto de las mismas.

EVALUACIÓN POA PROCESO COMPLEMENTARIOS – CIERRE VIGENCIA 2021

La Subred Sur con el objetivo de definir la ruta a seguir durante la vigencia 2021, elaboró el Plan Operativo Institucional, consolidando las metas de cada uno de sus procesos e identificando para cada uno, los objetivos específicos en los que enmarcará su gestión. Así las cosas, cada proceso establece unas actividades específicas que contribuyen al logro de las metas institucionales, a continuación, se presenta el cumplimiento de proceso frente a estas actividades.

HALLAZGO N°4: FRENTE A LAS METAS ESTABLECIDAS EN PLAN OPERATIVO ANUAL - POA DEL PROCESO.

Meta 1: Cumplir mayor o igual al 95% los planes de mejoramiento inscritos para el proceso.

Actividades de control:

1. Realizar levantamiento de planes de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos y/o oportunidades de mejora identificadas en el proceso en las diferentes evaluaciones internas y/o externas.

Observaciones: Al momento de la auditoría en el sistema Almera se encuentra registrado un plan de mejora relacionado con el cumplimiento a estándares de Acreditación – Estándar 101-, donde se tiene como oportunidad de mejora. *“Fortalecer el despliegue y apropiación para la implementación de los estándares de manera transversal en toda la organización, que involucre de manera activa a los terceros asistenciales y de apoyo”.*

Frente a esta meta, se recomienda al proceso, alinear a los Tercerizados a cargo frente a las actividades propuestas por el grupo de acreditación a fin de que cumplan con:” *Estándar 101: “Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que: Criterios: • Previamente a la*



contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado. • El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización. • La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo. • Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.”

2. Realizar seguimiento periódico al cumplimiento de los Planes de Mejoramiento establecidos para el proceso.

Observaciones: Al interior del proceso se determinó acciones correctivas frente al incumplimiento del indicador “Cancelación de citas de gastroenterología y cancelación de procedimientos por preparaciones inadecuadas, como lo fueron “capacitaciones y llamadas”, las cuales no obtuvieron el impacto esperado, sin embargo, estas acciones carecieron de una estructura que permitirá validar el impacto y así mismo la toma de acciones correctivas.

Meta 2: Ejecutar al 100% los controles definidos en los riesgos identificados en el proceso y registrados en la matriz de riesgos.

Actividades de control:

1. Monitorear y evaluar los controles conforme a los criterios establecidos en la definición de los mismos.
2. Reportar y definir acciones de mejora inmediata de acuerdo a los resultados y/o materialización de los riesgos.

Evaluación del Proceso: “Durante el IV trimestre del año, se continuó con la implementación de los 7 controles establecidos para los 5 riesgos de la Dirección de Servicios Complementarios. Estamos en la espera de los resultados de este periodo por parte de Control Interno” Fuente Evaluación POA proceso.

Observación de la Oficina de Control Interno:

1. No se evidencia evaluación final por parte del proceso sobre su comportamiento en el desarrollo de seguimientos a los controles diseñados para la mitigación de los riesgos establecidos, dado que como hemos podido evidenciar, el proceso presentó debilidades en la implementación y seguimiento periódico de las actividades de control para el riesgo: “*Inatención de pacientes en laboratorio, gastroenterología, Hemodinamia, cardiología, patología y radiología por errores de identificación y/o preparación del paciente (USS Urbanas y Rurales)*”, conforme se pudo evidenciar en los soportes aportados. Por lo anterior se recomienda que el proceso evalúe la reincorporación de este riesgo al mapa de riesgos 2022, teniendo en cuenta las debilidades evidenciadas frente a los criterios de oportunidad, accesibilidad y resolutivez, evaluados en esta auditoría, y que requieren su permanente monitoreo.

Meta 3: Lograr que el 90% de los usuarios manifiesten un nivel alto o muy alto de satisfacción

Actividades de control:

1. Capacitar al recurso humano en temas relacionados con las causas que generan insatisfacción por parte de los usuarios.
2. Generar planes de contingencia frente al aumento en la demanda de los servicios.
3. Hacer seguimiento e implementación de acciones de mejora conforme a los hallazgos encontrados.



Evaluación del Proceso: “Los resultados obtenidos, corresponden al reporte oficial por parte de la Oficina de Atención al Usuario, encargada de hacer la medición de satisfacción de los usuarios para los diferentes servicios. En relación al nivel de satisfacción para los servicios de la Dir. Servicios Complementarios, es objeto de medición por parte de la oficina de Atención al Usuario, quienes entregan reporte oficial de los datos obtenidos, Se cumple con la meta establecida.”

Observación de la Oficina de Control Interno:

El producto de la medición de esta meta debió ser el resultado de la evaluación de las actividades que se planteó el proceso frente a las causas que generan insatisfacción por parte de los usuarios y de la medición del indicador formulado y acciones correctivas frente a desviaciones encontradas.

EVALUACIÓN DEL AGENDAMIENTO RESPECTO DE LA FACTURACIÓN PARA EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA

Posterior a la evaluación de los criterios de Oportunidad/Accesibilidad, se efectúa evaluación al cumplimiento de las actividades descritas en el ANEXO **TÉCNICO No. 01 IC.029-2021 del contrato 4658 – 2021**, en relación al cumplimiento de actividades mensuales pactadas vs las ejecutadas y posteriormente facturadas. Para llevar a cabo esta evaluación la oficina de control interno solicita al proceso los siguientes soportes:

1. Base de usuarios agendados del último trimestre 2021. Esta base contiene el total de usuarios agendados, relacionando las citas cumplidas, incumplidas y canceladas.
2. Base de usuarios facturados, en relación con los agendados/cumplidos, de los que habla el punto número 1.
3. Clausulado contrato de prestación de servicios No. 4658 del 2021 y Anexo técnico **No. 01 IC.029- 2021**. Cardiología.

Así mismo y a partir de las necesidades identificadas por la Subred Sur, se definen criterios orientadores que permitan garantizar las condiciones necesarias para asegurar la integralidad y atención oportuna por parte del servicio de Cardiología; por lo anterior, el oferente deberá tener en cuenta que para la presente invitación, el cálculo de horas a ofertar debe contemplar los siguientes promedios mensuales:

CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD PROMEDIO MES
Consultas	Entre 500 y 600
Ecocardiogramas	Entre 600 y 700
Holter	Entre 150 y 200
Pruebas de esfuerzo	50 entre las dos actividades
MAPAS	
Lectura Electrocardiogramas	Entre 500 y 600

HALLAZGO N°6: FRENTE A LA FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CARDIOLOGÍA

A continuación, se presenta la productividad del tercerizado, frente a los servicios y cantidades pactadas por mes, para el último trimestre 2021, para la actividad de **CONSULTAS CARDIOLOGÍA PEDIATRICA Y MAYORES DE 18 AÑOS**

Gráficos # 1 y 2, muestran el cumplimiento del tercerizado, según la base de agendamiento aportada por el proceso.

Gráfico # 3 representa el cruce de la base de los servicios agendados vs los facturados, en este cruce se



evidenciaron inconsistencias entre las dos bases, ya que las citas que reporta la base de agendamiento como incumplidas y canceladas, finalmente se encontraron facturadas en la base que entregó el proceso de facturación.

CONSULTA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Y MAYORES DE 18 AÑOS



Actividad: Consultas Cardiología pediátrica y mayores de 18 años

- Consultas Agendadas: 453
- Cumplidas: 312
- Incumplidas: 79
- Canceladas: 62

Cumplimiento de la Actividad: 62.4%

Observación: La información representada en los gráficos 1 y 2, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por el proceso complementario, donde se puede evidenciar que hay un incumplimiento por parte del tercerizado frente a su obligación con la actividad de "Consultas de cardiología pediátrica y mayores de 18 años", dado que según esta base el alcance para el trimestre fue de 312 consultas cumplidas frente a las 500 mensuales, que son las pactadas.

ESTADO DE CITA	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD NO FACTURADA	CANTIDAD TOTAL
Cumplida	309	3	312
Incumplida	29	50	79
Cancelada	6	56	62
TOTAL	344	109	453

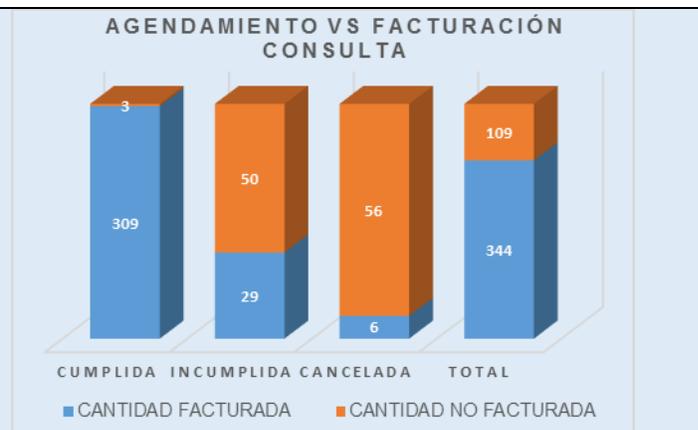


Gráfico No. 3

Observaciones: De las 6 citas agendadas para Consulta de Cardiología que aparecen canceladas y facturadas, 3 de ellas tienen registro clínico en Dinámica con la realización de otros procedimientos distintos a los agendados, como es el caso de:

INGRESO N° 9618298: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACCICO

INGRESO N° 9587587: PRUEBA DE ESFUERZO

INGRESO N° 9589626: INTERCONSULTA POR CARDIOLOGÍA Y TOMA DE ECOCARGIOGRAMA



Al cruzar la base de Agendamiento Vs Facturación de *Consultas Cardiología pediátrica y mayores de 18 años*, se pudo evidenciar el siguiente comportamiento frente a los ítems de Cumplida, Incumplida y Cancelada:

Ítem Cumplida

Cumplidas facturadas: 309
Cumplidas No Facturadas: 3
Total, Cumplidas: 312

Ítem Incumplida

Incumplidas Facturadas: 29
Incumplidas no Facturadas: 50
Total, Incumplidas: 79

Ítem Cancelada:

Canceladas Facturadas: 6
Canceladas no Facturadas: 52
Total, Canceladas: 62

Total, usuarios agendados: 453 para el último trimestre vigencia 2021.

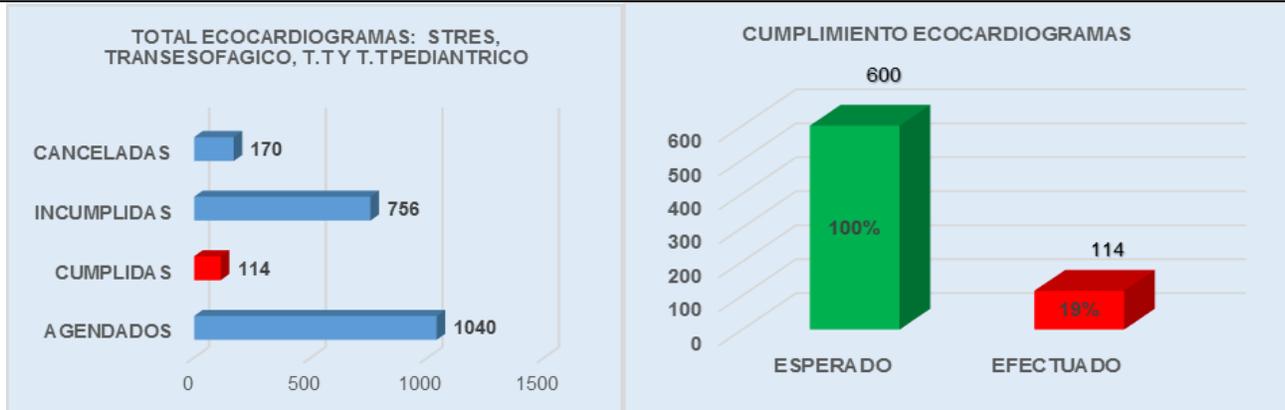
Observaciones: La información representada en el gráfico N° 3, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por complementarios Vs la base de facturación aportada por este proceso, encontrándose un total 453 usuarios, de los cuales 312 cumplieron su cita, número que coincide con la base de agendamiento que aporta complementario, llamando la atención que 3 de ellas aparecen no facturadas, de las 79 incumplidas, se encuentran 29 facturadas y 50 no facturadas, como es de esperarse, por tratarse de incumplidas, mientras que frente a las canceladas hay un total de 62, evidenciándose un total de 6 facturadas y 52 no facturadas. La sumatoria de la facturación de consultas de Cardiología pediátrica y mayores de 18 años asciende en total a 344, distribuidos en los tres ítems (Cumplidas, incumplidas y canceladas), siendo la diferencia del cruce de las bases de 32 pacientes, estos 32 usuarios tienen número de ingreso y registro en historia clínica, por lo que se puede concluir que el número real de pacientes atendidos para esta actividad en el trimestre es de 344, frente a los 500 mensuales pactados en el contrato, por lo tanto se continúa reflejando el inobservancia del tercerizado frente a la meta establecida.

ECOCARDIOGRAMAS

A continuación, se presenta la productividad del tercerizado, frente a los servicios y cantidades pactadas por mes. para el último trimestre 2021, para la actividad de **ECOCARDIOGRAMAS: STRES, TRANSESOFAGICO, T.T Y T.T PEDIATRICO**

Gráficos # 1 y 2, muestran el cumplimiento del tercerizado, según la base de agendamiento aportada por el proceso.

Gráfico # 3 representa el cruce de la base de los servicios agendados vs los facturados, en este cruce se evidenciaron inconsistencias entre las dos bases, ya que las citas que reporta la base de agendamiento como incumplidas y canceladas, finalmente se encontraron facturadas.



Actividad: Total Ecocardiogramas: Stress, Transesofágico, T.T y T.T Pediátrico

Consultas Agendadas: 1040

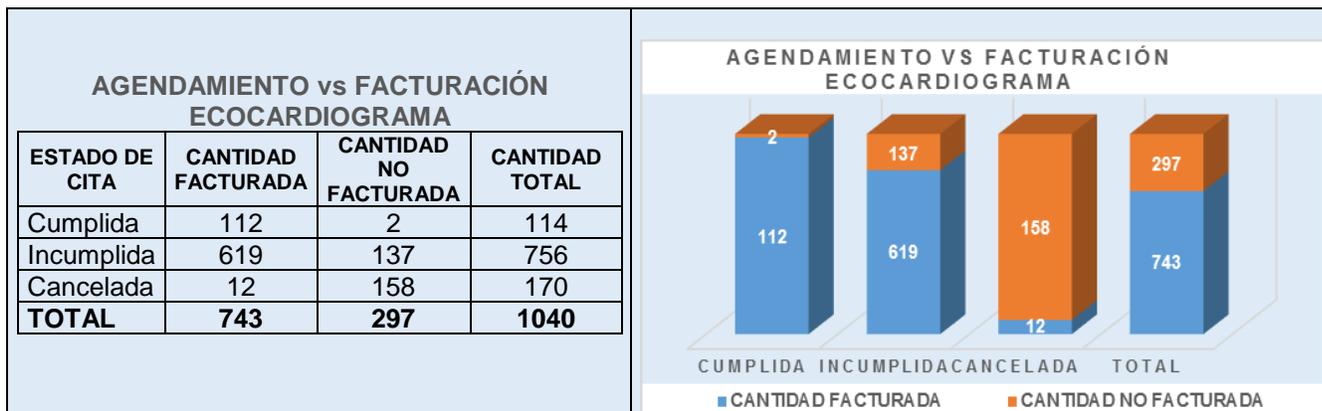
Cumplidas: 114

Incumplidas: 759

Canceladas: 170

Cumplimiento de la Actividad: 19%

Observación: La información representada en los gráficos 1 y 2, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por el proceso complementario, donde se puede evidenciar que hay un incumplimiento por parte del tercerizado frente a su obligación con la actividad de "**ECOCARDIOGRAMAS: STRES, TRANSESOFÁGICO, T.T Y T.T PEDIATRICO**", dado que según esta base el alcance para el trimestre fue de 114 Ecocardiogramas frente a los 600 mensuales que es la cantidad mínima pactada.



Frente al cruce de la base de Agendamiento Vs Facturación de *Ecocardiograma*, se pudo evidenciar el siguiente comportamiento frente a los ítems de Cumplidas, Incumplidas y Canceladas:

Ítem Cumplida

Cumplidas facturadas: 112

Cumplidas No Facturadas: 2

Total, Cumplidas: 114

Ítem Incumplida

Incumplidas Facturadas: 619

Incumplidas no Facturadas: 137

Total, Incumplidas: 456



Ítem Cancelada:

Canceladas Facturadas: 12

Canceladas no Facturadas: 158

Total, Canceladas: 170

Total, usuarios agendados: 1040

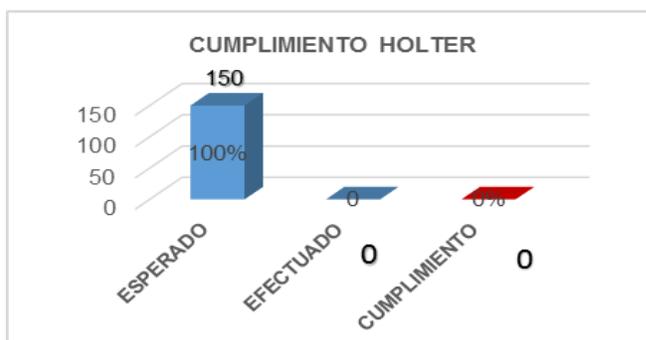
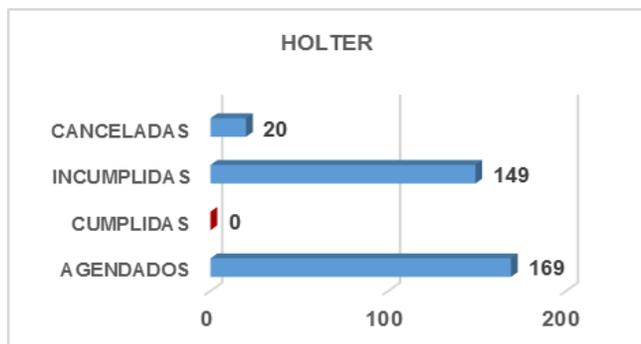
Observaciones: La información representada en el gráfico N° 3, corresponde al cruce de la base de agendamiento aportada por complementarios Vs la base de facturación aportada por este proceso, encontrándose en estas bases un total de 1040 usuarios, de los cuales 114 cumplieron su cita, tal como se evidencia en la base de agendamiento del proceso de complementarios, (gráfico 1 y 2), llamando la atención que 2 de ellas aparecen no facturadas, de las 456 incumplidas, se encuentran 619 facturadas y 173 no facturadas, como es de esperarse, por tratarse de incumplidas, mientras que frente a las canceladas hay un total de 170, evidenciándose un total de 12 facturadas y 158 no facturadas. La sumatoria de la facturación de Ecocardiogramas asciende en total a 743, distribuidos en los tres ítems (Cumplidas, incumplidas y canceladas), siendo la diferencia del cruce de las bases de 631 pacientes, quienes tienen número de ingreso y registro en historia clínica, por lo que se puede concluir que el número real de pacientes atendidos para esta actividad es 743 (trimestre), frente a los 600 mensuales pactados en el contrato, por lo tanto se concluye inobservancia por parte del tercerizado frente a la meta establecida.

HOLTERS

A continuación, se presenta la productividad del tercerizado, frente a los servicios y cantidades pactadas por mes, para el último trimestre 2021, para la actividad de **Holter**.

Gráficos # 1 y 2, muestran el cumplimiento del tercerizado, según la base de agendamiento aportada por el proceso.

Gráfico # 3 representa el cruce de la base de los servicios agendados vs los facturados, en este cruce se evidenciaron inconsistencias entre las dos bases, ya que las citas que reporta la base de agendamiento como incumplidas y canceladas, finalmente se encontraron facturadas.



Actividad: Holter
Consultas Agendadas: 169
Cumplidas: 0
Incumplidas: 149
Canceladas: 20
Cumplimiento de la Actividad: 0

Observación: La información representada en los gráficos 1 y 2, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por el proceso complementario, donde se puede evidenciar que hay un incumplimiento por parte del tercerizado frente a su obligación con la actividad de **"Holter"**, dado que según esta base el alcance fue de un total de 0 Holter frente a 150 que es la cantidad mínima pactadas.



AGENDAMIENTO vs FACTURACIÓN HOLTER

ESTADO DE CITA	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD NO FACTURADA	CANTIDAD TOTAL
Cumplidas	0	0	
Cancelada	2	18	20
Incumplida	134	15	149
TOTAL	136	33	169

AGENDAMIENTO VS FACTURACIÓN HOLTER



Frente al cruce de la base de Agendamiento Vs Facturación de *Holter*, se pudo evidenciar lo siguiente frente a los ítems de Cumplidas, Incumplidas y Canceladas el siguiente comportamiento:

Ítem Cumplida

Cumplidas facturadas: 0

Cumplidas No Facturadas: 0

Total, Cumplidas: 0

Ítem Incumplida

Incumplidas Facturadas: 134

Incumplidas no Facturadas: 15

Total, Incumplidas: 149

Ítem Cancelada:

Canceladas Facturadas: 2

Canceladas no Facturadas: 18

Total, Canceladas: 20

Total, usuarios agendados: 169

Observaciones: La información representada en el gráfico N° 3, corresponde al cruce de la base de agendamiento aportada por complementarios Vs la base de facturación aportada por este proceso, encontrándose en estas bases un total de 169 usuarios, de los cuales 0 pacientes cumplieron su cita, tal como se evidencia en la base de agendamiento del proceso de complementarios, (gráfico 1 y 2), de las 149 incumplidas, se encuentran 134 facturadas y 15 no facturadas, como es de esperarse, por tratarse de incumplidas, mientras que frente a las canceladas hay un total de 20, evidenciándose un total de 2 facturadas y 18 no facturadas. La sumatoria de la facturación de Holter asciende en total a 136, distribuidos en los tres ítems (Cumplidas, incumplidas y canceladas), siendo la diferencia del cruce de las bases de 136 pacientes, quienes tienen número de ingreso y registro en historia clínica, por lo que se puede concluir que el alcance para el trimestre fue de 136, frente a los 150 mensuales pactados en el contrato, por lo tanto se concluye inobservancia por parte del tercerizado frente a la meta establecida.

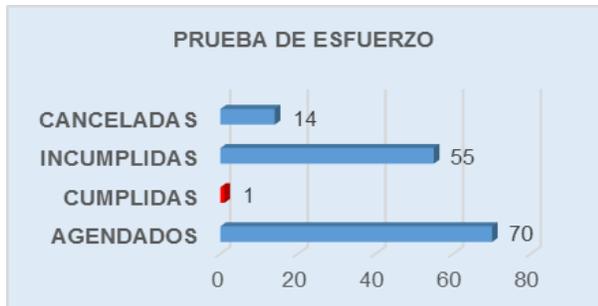
PRUEBA DE ESFUERZO

Los Gráficos No. 1 y 2, muestran el cumplimiento del tercerizado, según la base de agendamiento aportada por el proceso.

Gráfico No. 3 representa el cruce de la base de los servicios agendados vs los facturados, en este cruce se evidenciaron inconsistencias entre las dos bases, ya que las citas que reporta la base de agendamiento como



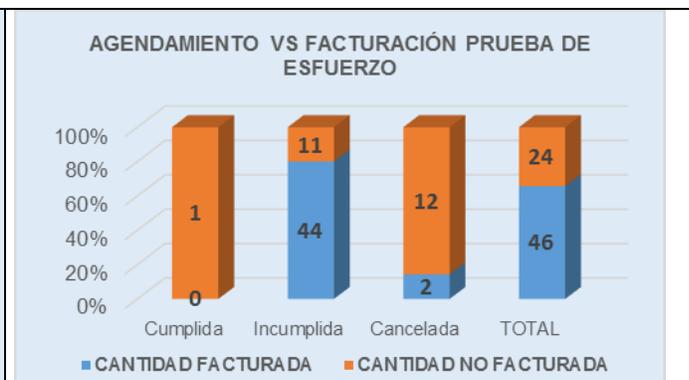
incumplidas y canceladas, finalmente se encontraron facturadas.



Actividad: Prueba de Esfuerzo
Consultas Agendadas: 70
Cumplidas: 1
Incumplidas: 55
Canceladas: 14
Cumplimiento de la Actividad: 2%

Observación: La información representada en los gráficos 1 y 2, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por el proceso complementario, donde se puede evidenciar que hay un incumplimiento por parte del tercerizado frente a su obligación con la actividad de "**Prueba de Esfuerzo**", dado que según esta base el alcance fue de un total de 1 Prueba de esfuerzo frente a 50 que es la cantidad mínima pactada.

ESTADO DE CITA	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD NO FACTURADA	CANTIDAD TOTAL
Cumplida	0	1	1
Incumplida	44	11	55
Cancelada	2	12	14
TOTAL	46	24	70



Frente al cruce de la base de *Agendamiento Vs Facturación Prueba de Esfuerzo*, se pudo evidenciar lo siguiente frente a los ítems de Cumplidas, Incumplidas y Canceladas el siguiente comportamiento:

Ítem Cumplida

Cumplidas facturadas: 0
Cumplidas No Facturadas: 1
Total, Cumplidas: 1

Ítem Incumplida

Incumplidas Facturadas: 44
Incumplidas no Facturadas: 11
Total, Incumplidas: 55

Ítem Cancelada:

Canceladas Facturadas: 2



Canceladas no Facturadas: 12
Total, Canceladas: 14

Total, usuarios agendados: 70

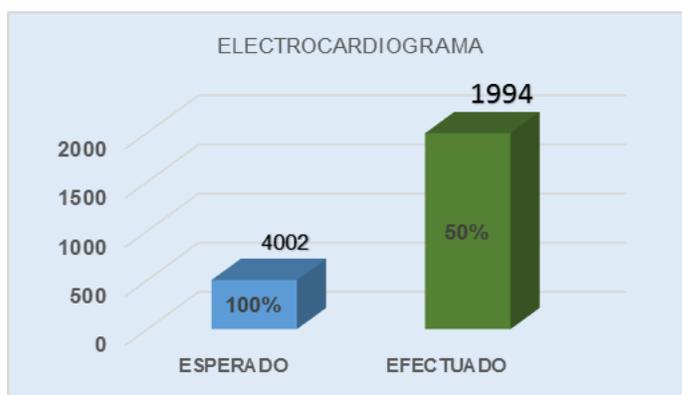
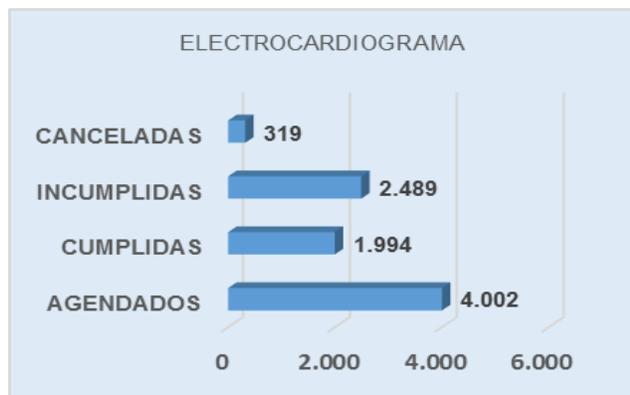
Observaciones: La información representada en el gráfico N° 3, corresponde al cruce de la base de agendamiento aportada por complementarios Vs la base de facturación aportada por este proceso, encontrándose en estas bases un total de 70 usuarios, de los cuales 1 pacientes cumplió su cita, tal como se evidencia en la base de agendamiento del proceso de complementarios.(gráfico 1 y 2), de las 55 incumplidas, se encuentran 44 facturadas y 11 no facturadas, como es de esperarse, por tratarse de incumplidas, mientras que frente a las canceladas hay un total de 14, evidenciándose un total de 2 facturadas y 12 no facturadas. La sumatoria de la facturación de Prueba de Esfuerzo asciende en total a 46, distribuidos en los tres ítems (Cumplidas, incumplidas y canceladas), siendo la diferencia del cruce de las bases de 45 pacientes, quienes tienen número de ingreso y registro en historia clínica, por lo que se puede concluir que el alcance para el trimestre fue de 46 usuarios atendidos, frente a los 50 mensuales pactados en el contrato, por lo tanto inobservancia por parte del tercerizado frente a la meta establecida.

ELECTROCARDIOGRAMA

Frente a la actividad de electrocardiogramas, se aclara que la toma de estos no está pactada con el tercerizado, pero si la lectura, por tanto se considera importante relacionar en este informe el comportamiento del proceso frente a la toma y de esta forma mirar el cumplimiento del tercerizado frente a la cantidad pactada de 500 lecturas por mes.

Gráficos No. 1 y 2, muestran el cumplimiento de la actividad, según la base de agendamiento aportada por el proceso.

Gráfico No. 3 representa el cruce de la base de los servicios agendados vs los facturados, en este cruce se evidenciaron inconsistencias entre las dos bases, ya que las citas que reporta la base de agendamiento como incumplidas y canceladas, finalmente se encontraron facturadas.



Actividad: Electrocardiograma
Consultas Agendadas: 4.002
Cumplidas: 1994
Incumplidas: 2489
Canceladas: 319
Cumplimiento de la Actividad: 398

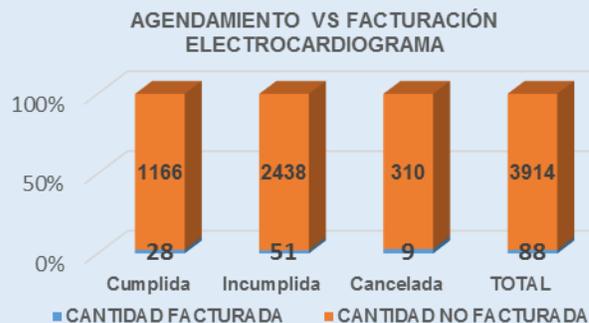
Observación: La información representada en los gráficos No. 1 y 2, corresponde al análisis de la base de agendamiento aportada por el proceso complementario, donde se evidencia un agendamiento de 4002 usuarios para la toma de electrocardiogramas, de los cuales cumplen el 50% de estos citados, por lo que se recomienda al proceso



revisar estas cifras, estudiar las posibles causas de desviación y establecer medidas correctivas.

**AGENDAMIENTO vs FACTURACIÓN
ELECTROCARDIOGRAMA**

ESTADO DE CITA	CANTIDAD FACTURADA	CANTIDAD NO FACTURADA	CANTIDAD TOTAL
Cumplida	28	1166	1194
Incumplida	51	2438	2489
Cancelada	9	310	319
TOTAL	88	3914	4002



Frente al cruce de la base de *Agendamiento Vs Facturación Toma de Electrocardiograma*, se pudo evidenciar lo siguiente frente a los ítems de Cumplidas, Incumplidas y Canceladas el siguiente comportamiento:

Ítem Cumplida

Cumplidas facturadas: 28
Cumplidas No Facturadas: 1166
Total, Cumplidas: 1194

Ítem Incumplida

Incumplidas Facturadas: 51
Incumplidas no Facturadas: 2438
Total, Incumplidas: 2489

Ítem Cancelada:

Canceladas Facturadas: 9
Canceladas no Facturadas: 310
Total, Canceladas: 319

Total, usuarios agendados: 4002

Observaciones: La información representada en el gráfico N° 3, corresponde al cruce de la base de agendamiento aportada por complementarios Vs la base de facturación aportada por este proceso, en este cruce se evidencia que de los 1194 usuarios que aparecen como cumplidos, fueron facturados 28 y como cumplidos no facturados se encuentran 1166. Para el ítem de incumplidas, se encuentran 51 facturadas y 2438 como no facturadas, en las canceladas hay un total de 319 de las cuales 9 facturadas y 310 no facturadas.

OBSERVACIONES AGENDAMIENTO VS FACTURACIÓN

En la imagen se puede evidenciar que el estado de la cita es *cancelada*, pero al cruzar con la base de facturación se encuentran estos mismos usuarios con número de factura y registro de ingreso.



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
Usuario_C	Nombre	Fecha_Ca	Motivo_C	Grupo_Us	Estado de	MES	FACTURA	FACTURA	NO FACTU	MES FACT	FECHA FA	INGRESO
1015454412	JUAN SEBAS	44473,4612	CANCELACION	Auxiliar de F	Cancelada	OCTUBRE	0000001890	SI FX		NOVIEMBRE	19/11/2021	9618298
1087998913	SUAZA GONZ	44466,2602	ERROR EN LA	AGENTES CA	Cancelada	OCTUBRE	0000001662	SI FX		OCTUBRE	04/10/2021	9379929
52095095	ZORAIDA SAI	44522,3104	CANCELACION	INFORMADC	Cancelada	NOVIEMBRE	0000001967	SI FX		DICIEMBRE	06/12/2021	9698806
52095095	ZORAIDA SAI	44536,295	CANCELACION	INFORMADC	Cancelada	DICIEMBRE	0000001860	SI FX		NOVIEMBRE	13/11/2021	9587587
52287168	CLAUDIA LILI	44550,4898	CANCELACION	Auxiliar de F	Cancelada	DICIEMBRE	0000001930	SI FX		NOVIEMBRE	28/11/2021	9589626
52095095	ZORAIDA SAI	44550,509	ERROR EN LA	INFORMADC	Cancelada	DICIEMBRE	0000001930	SI FX		NOVIEMBRE	28/11/2021	9589626

Imagen 1

- La imagen 2 corresponde al informe consolidado de cumplimiento presentado por el Proceso de Complementarios para el desarrollo de esta auditoría, aquí se encuentra que las cifras reportadas por actividad no coinciden con las que se encuentran en la base de facturación y al efectuar el cruce de las misma, los datos arrojados cambian el cumplimiento del tercerizado frente a la actividad.

Cuenta de Meses	Etiquetas de columna														
	oct			Total oct			nov			Total nov			dic		Total general
Etiquetas de fila	Cancelada	Cumplida	Incumplida	Cancelada	Cumplida	Incumplida	Cancelada	Cumplida	Incumplida	Cancelada	Cumplida	Incumplida	Total dic	Total general	
USS MEISSEN		7	8	15	1	9	1	11			5	6	11	37	
CARDIOLOGIA PEDIATRICA					1	9	1	11			5	6	11	22	
ECOCARDIOGRAMA TT PEDIATRICO		7	8	15										15	
USS TUNAL		107	587	405	1099	177	573	460	1210	91	399	243	733	3042	
CARDIOLOGIA		12	116	20	148	29	103	28	160	14	44	21	79	387	
CARDIOLOGIA PEDIATRICA		2	3	1	6	1	14	2	17	3	18		21	44	
ECOCARDIOGRAMA STRESS		2		32	34			34	34	3		15	18	86	
ECOCARDIOGRAMA TRANS ESOFAGICO		1	4	2	7	1		10	11	1		4	5	23	
ECOCARDIOGRAMA TT ADULTOS (Mayores 18 años)		45		235	280	71	2	266	339	31		138	169	788	
ECOCARDIOGRAMA TT PEDIATRICO		1	21	2	24	9	42	5	56	5	38	5	48	128	
ELECTROCARDIOGRAMA		32	443	33	508	54	412	40	506	24	298	11	333	1347	
HOLTER		10		63	73	3		52	55	7		34	41	169	
PRUEBA DE ESFUERZO		2		17	19	9		23	32	3	1	15	19	70	
USS MARICHUELA		59	31	745	835	76	5	855	936	74	5	805	884	2655	
ELECTROCARDIOGRAMA		59	31	745	835	76	5	855	936	74	5	805	884	2655	
Total general		166	625	1158	1949	254	587	1316	2157	165	409	1054	1628	5734	

Imagen 2 - Consolidado cumplimiento según agendamiento – procesos complementarios

- Los dos puntos anteriores reflejan debilidad en la comunicación entre los dos procesos, por lo que se recomienda evaluar el acceso del facturador al sistema de información, para que desde la base de agendamiento que maneja el proceso de complementarios se efectúen los cambios de último momento sobre la cita asignada al usuario, lo anterior permitirá: Tener una información real, actualizada e inmediata en caso de ser requerida por entes internos y externos, permitirá al supervisor del contrato o su delegado, hacer un seguimiento oportuno al cumplimiento de los Tercerizados frente a sus obligaciones, tener un consolidado y reporte real de cumplimiento del tercerizado frente al metas establecidas y reflejar un trabajo en equipo entre los dos procesos, (Complementarios Vs Facturación).
- De acuerdo al Anexo Técnico No. 01 IC.029-2021. El tercerizado debe cumplir con una lectura mensual de 500 a 600 electrocardiogramas. En relación a esta actividad se encuentra que:
 - La cantidad de electrocardiogramas tomados y facturados en el área de consulta externa para el último trimestre de la vigencia 2021 de 88, cifra que permite concluir el no cumplimiento del tercerizado frente a la lectura de 500 electrocardiogramas como mínimo por mes, ya que la cantidad facturada está muy por debajo de la mínima esperada para que el tercerizado efectúe las lecturas establecidas.
 - Teniendo en cuenta la información entregada por el proceso complementario, se establece que el tercerizado presenta desviación frente a la actividad pactada de 500 a 600 lecturas de electrocardiogramas, ya que no se encontró registro de ello, tanto en las historias clínicas de consulta externa, como las urgencias y hospitalización, así como tampoco se evidenció reporte de facturación de lecturas de electrocardiogramas en las bases aportadas.



3. Según el reporte del proceso complementarios, en el último trimestre 2021, se agendaron 4002 electrocardiogramas, de los cuales 1994 usuarios cumplieron su cita, (base de agendamiento), pero la base de facturación reporta solo 88 facturados, por lo que se precisa conocer el destino final de los 1906 electrocardiogramas reportados como cumplidos y además establecer si se generó un plan de mejora frente a la desviación por parte del tercerizado al cumplimiento de esta actividad.

VISITA DE CAMPO TERCERIZADOS

Se efectuó recorrido por los servicios de Hemodinamia, Cardiología y Gastroenterología, los días 28 y 29 de abril, con el objetivo de verificar condiciones de los servicios frente a estándares de habilitación, entrevista con colaboradores y aplicación de encuesta de satisfacción a los usuarios presentes.

Los puntos que desarrollan a continuación, obedecen a manifestaciones presentadas en el servicio de Gastroenterología

- Manifiesta médico de turno que es frecuente la cancelación y/o reprogramación de procedimientos por la inadecuada preparación tanto en paciente hospitalizado como ambulatorios, siendo los de mayor frecuencia los hospitalizados, por lo que se requiere pronta intervención al personal de enfermería, teniendo en cuenta su responsabilidad en esta actividad.
- Así mismo hace referencia sobre el sistema Dinámica, el cual describe como poco ágil y amigable, ya que debe abrir varias páginas, con solicitud de generación de códigos, lo cual ocasiona retrasos durante la atención de los usuarios.
- Relaciona en esta entrevista *la falta de comunicación entre los profesionales y personal encargado de agendar*, ya que ocurre con frecuencia que a un mismo usuario se le agenden dos procedimientos para el mismo día, como es el caso de usuarios que son trasladados desde la USS Meissen y Tunal, para procedimientos como TAC y endoscopias y les agendan primero el TAC y posteriormente la endoscopia, afectándose la realización de la endoscopia, teniendo en cuenta que el paciente recibe preparación para el TAC, por lo que ya no es posible la realización del procedimiento de gastroenterología, generándose cancelación y/o reprogramación del procedimiento.
- Se requiere trabajar con líderes del área de mercadeo, ya que usuarios procedentes de otras subredes se les está agendando su cita vía telefónica y están llegando al servicio en inadecuada preparación y casos específicos con los usuarios cuyo procedimiento es bajo anestesia y llegan al servicio sin esta valoración, con la consecuente cancelación del procedimiento y pérdida del espacio para la atención de otro usuario.

CONSOLIDADO ENTREVISTA CON USUARIOS





Pregunta No. 1 “Tiempo de espera para ser atendido o realizado su procedimiento gastroenterología”.

10 a 20 Min: 2 Usuarios

20 a 30 Min. 3 Usuarios

1 Hora: 3 Usuarios

2 Horas o más: 2 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta No.2: “El trato recibido por el profesional que lo atendió fue?”

Muy Bueno: 5 Usuarios

Bueno: 4 Usuarios

Regular: 2 Usuarios

Malo: 0 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta No.3: “La información suministrada por el profesional sobre el procedimiento a realizar y su estado de salud actual fue.”

Muy Buena: 5 Usuarios

Buena: 4 Usuarios

Regular: 3 Usuarios

Malo: 0 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta No. 4: “Las instalaciones donde fue atendido le parecieron cómodas y seguras?”

Muy Buena: 0 Usuarios

Buena: 2 Usuarios

Regular: 8 Usuarios

Malo: 2 usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta No. 5: “Presentó dificultades para obtener su cita”

Si: 5 Usuarios

No: 7 Usuarios

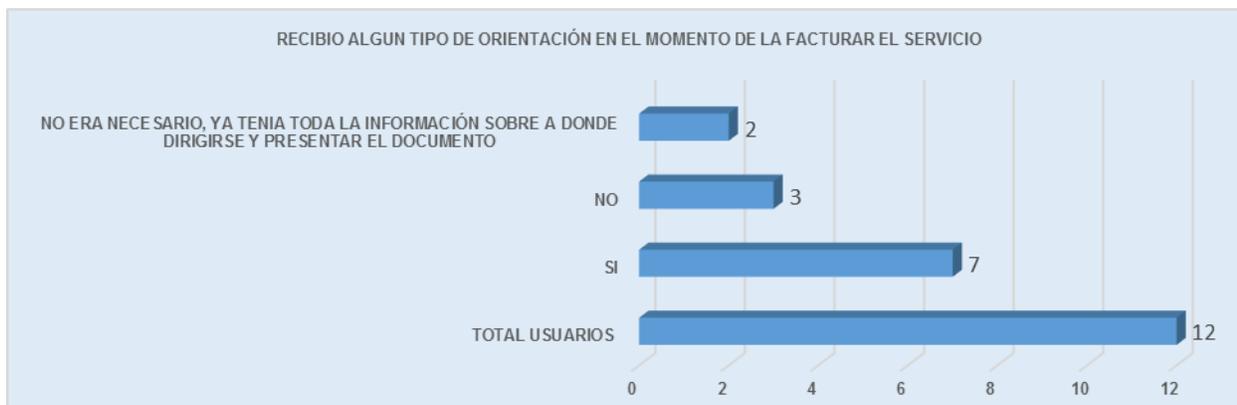
Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta No. 6: “Entre la fecha de su orden médica y la asignación de la cita el tiempo transcurrido es de:



5 días: 2 Usuarios
8 días: 2 Usuarios
10 días: 5 Usuarios
15 días o más: 3 usuarios
Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta no. 7: "Recibió algún tipo de orientación en el momento de la facturar el servicio"

Si: 7 Usuarios

No: 3 Usuarios

No era necesario, ya tenía toda la información: 2 usuarios

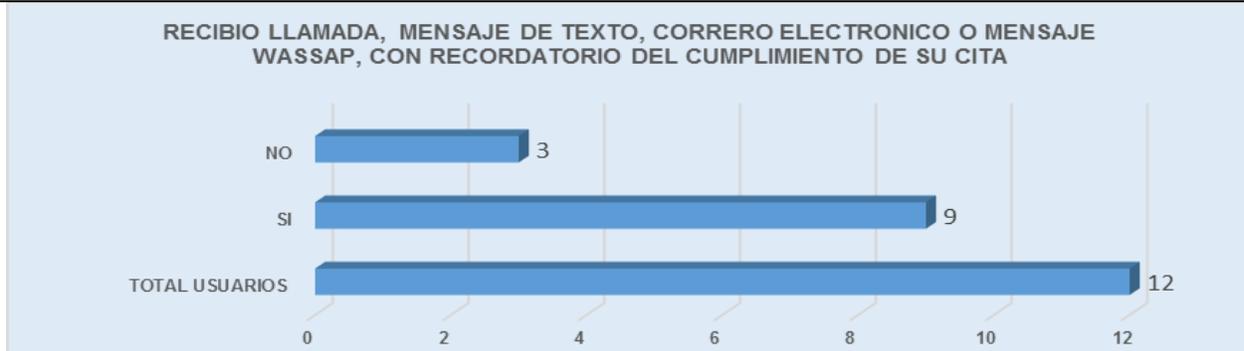


Pregunta No.8: "Recibió orientación por parte del profesional sobre el procedimiento a realizar y la preparación previa"

Si: 9 Usuarios

No: 3 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta no. 9: "Recibió llamada, mensaje de texto, correo electrónico o mensaje wasap, con recordatorio del cumplimiento de su cita"

Si: 9 Usuarios

No: 3 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12



Pregunta no. 10: "Recibió por escrito la descripción de la preparación requerida por usted para la realización del procedimiento"

Si: 9 Usuarios

No: 3 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12.





Pregunta no. 11: "El procedimiento al que fue citado el día de hoy, le fue efectuado?"

Si: 12 Usuarios

No: 0 Usuarios

Total, usuarios presentes y entrevistados en el servicio: 12

FORTALEZAS

A través de la presente auditoría se evidenció fortalezas en el proceso de complementarios, con las que puede lograr un incremento gradual en el cumplimiento del tercerizado y mejorar los niveles de satisfacción de los usuarios, entre las fortalezas se encuentran:

Lineamientos claros y completos para la ejecución de las actividades que desarrolla el tercerizado.

1. Cuentan en el sistema Almera con una línea robusta de procedimientos y guías de manejo que orientan recurso humano sobre la práctica clínica y la toma de decisiones frente al diagnóstico del paciente.
2. Indicadores para cada una de las metas establecidas por el proceso frente a las actividades pactadas con el el tercerizado y que permiten la evaluación permanente de su cumplimiento.
3. Obligaciones contractuales para el tercerizado detalladas, siendo muy puntual sobre el tipo, número de de actividades de actividades a cumplir por mes y acciones correctivas a implementar frente a desviaciones.
4. Acompañamiento permanente del equipo de Gestión del Riesgo, quienes fortalecen y vigilan el comportamiento de los riesgos planteados, sus actividades de control y el seguimiento según la periodicidad establecida a fin de tomar medidas que impidan una materialización.
5. Desde el programa de seguridad del paciente, se efectúan capacitaciones y evaluaciones permanentes en las guías de práctica clínica, adherencia a procedimientos, fortalecimiento a la cultura de reporte de indicios de atención insegura y gestión del evento adverso.
6. Apoyo permanente por parte del proceso de Participación comunitaria y servicio al Ciudadano, que permite el monitoreo periódico de las PQRSD y su gestión, para la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados y la toma de decisiones.
7. Recurso humano idóneo y con la experiencia requerida para dar alcance a las exigencias que demanda el proceso diariamente.
8. Comunicación permanente por parte del líder del proceso de complementarios con el tercerizado, donde se socializa el comportamiento de estos frente al cumplimiento de las obligaciones contractuales, indicadores, metas y las dificultades que estos hayan presentado para el logro de la misma, como se pudo evidenciar en las actas de mesas de trabajo aportadas por el proceso.
9. Manifestación y gestión permanente por parte del líder proceso sobre las alertas que se generan en cuanto a las dificultades y necesidades que presentan para la ejecución de sus actividades.

Importante señalar que, no obstante, en el cuerpo del informe con mirada retrospectiva al cierre de la vigencia 2021 se realizan observaciones respecto de la ficha del indicador, para la vigencia en curso, se evidencia la mejora del proceso de Tercerizados, más sustancialmente para cardiología y gastroenterología.



OBSERVACIONES

Se recomienda al proceso complementarios adelantar mesa de trabajo con los líderes de agendamiento, a fin de dar respuesta a los puntos 1, 2 y 3, correspondientes a manifestaciones de usuarios frente a mejoras en la asignación de citas, traslados en la ruta de la salud y comunicación telefónica.

1. Reestructurar la asignación de las citas de los pacientes provenientes de la zona rural, en lo posible a más tardar una hora después de la llegada a la ciudad, teniendo en cuenta que son recogidos por ruta de la salud a las 4 am y en ayunas, esto como parte de la preparación para el procedimiento. La llegada a la USS Tunal esta sobre las 8 a 9 de la mañana, para una cita asignada entre las 12, 1 y 2 de la tarde, lo que hace que el ayuno y el tiempo de espera en sala sea extremadamente prolongado.
2. Se encuentra en la sala de espera a usuarios con orden médica del procedimiento del mes de enero y con asignación de cita para el mes de marzo, asegurando muchas dificultades para la comunicación telefónica, por lo que se deben establecer estrategias de atención complementaria desde la subred para la asignación.
3. El proceso debe implementar un sistema de seguimiento a la efectividad de las llamadas que realizan los usuarios para sacar las citas. Refieren usuarios que llaman y no contestan y en otros casos contestan, les dicen que esperen un momento y posteriormente cuelgan la llamada, que pasan días completos de manera insistente al teléfono para sacar su cita y nunca es contestada la llamada. Por lo anterior se recomienda evaluar completar la asignación de las citas con apoyo de los informadores en los puntos de atención, o teléfonos internos que permitan apoyar esta asignación.

Para dar respuesta a los puntos 4, 5, 6 y 7 La Oficina de Control Interno recomienda mesa de trabajo entre líderes de agendamiento, facturación y atención al usuario, bajo la dirección del proceso Complementario a fin de dar respuesta a la necesidad manifiesta de los usuarios.

4. Usuarios de otras subredes que obtuvieron cita con esta entidad para procedimientos de gastroenterología, refiere que, al sacar su cita vía telefónica, no se les brindó información sobre la preparación que debían tener para el procedimiento, por lo que el día de hoy nuevamente se encuentran en el servicio, dado que, por la inadecuada preparación, les fue reprogramada la cita. Teniendo en cuenta lo anterior.
5. Refieren los usuarios de la zona rural que una vez terminan sus procedimientos de gastroenterología, son recogidos por la ruta de la salud, pero esta ruta no es exclusiva para el trasladar a estos usuarios, sino que además de ellos también transportan a otros usuarios que viven en la ciudad y pasan a dejarlos a sus viviendas y posterior a ello, salen con rumbo a la zona rural, situación que hace que lleguen a su destino entre 8, 9 y 10 de la noche.
6. Mantener actualizada la base datos de contacto del paciente, con esto se garantiza un mayor cubrimiento frente al envío de información sobre dudas en la preparación, cancelación y/o reprogramación, entre otros.
7. Refieren los usuarios de la Ruralidad que al no poder salir de la USS Tunal al finalizar su procedimiento por temor a ser dejados por la ruta de la salud y debido a los traslados que la ruta hace por los distintos sectores del área de influencia, *no tienen el espacio para tomar un alimento nutritivo a lo largo del día, sino hasta la hora de llegada a sus viviendas, en las horas señaladas anteriormente. Debe tenerse en cuenta para el caso, que predomina la población adulta mayor.* Esta manifestación que requiere la intervención por parte de la oficina de Atención al Usuario y plantear alternativas para dar prioridad a esta población.
8. Reforzar en conjunto con el equipo de Seguridad del Paciente, capacitaciones y seguimientos sobre el fomento de la cultura del reporte de los indicios de atención insegura, ya que en el proceso de auditoría y revisión de soportes aportados se evidenció bajo reporte de actos inseguros.
9. Control Interno recomienda que los procesos, conviertan la autoevaluación en cada dependencia, en un



mecanismo de verificación y evaluación, que le permitirá a la Subred Sur medirse oportunamente y proveer la información necesaria para establecer si las medidas y controles implementados funcionan efectivamente o si existen desviaciones, que afecten su propósito, dejando evidencia en las actas internas de proceso y en las actividades de choque propuestas para la subsanación.

10. Se recomienda continuar con las actividades de capacitaciones en temas de adecuada preparación para procedimientos de gastroenterología, hemodinamia y todos aquellos que requieran preparación especial, a fin de disminuir el número de usuarios cancelados o reprogramados por preparaciones inadecuadas.
11. Se destaca la labor del líder del proceso de Complementarios en cuanto a la vigilancia y seguimiento a las adecuaciones efectuadas y en curso sobre infraestructura de los servicios objetos de auditoría y así mismo se recomienda enfatizar sobre los hallazgos relacionados en este informe en la página 8 "**EVALUACIÓN ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN – INFRAESTRUCTURA**", dado que los mismos son claro ejemplo de incumplimiento de la resolución 3100 – Infraestructura.
12. Se considera importante la manifestación del líder del proceso sobre la importancia del seguimiento a la pertinencia de consultas y procedimientos de las especialidades de Gastroenterología, hemodinamia y cardiología, las cuales deben efectuarse durante la prestación del servicio y posterior a ello, por parte de profesionales con el perfil idóneo para esta actividad, con la que se busca mejorar tanto a la prestación de un servicio con calidad y baja generación de glosas.
13. Se recomienda a evaluar el presupuesto asignado frente a los productos esperados y descritos en el contrato para actividades referentes a Hemodinamia y gastroenterología, dado que el mismo no se ajusta a la demanda del servicio.
14. Acorde con los resultados evaluados en esta auditoría para los servicios tercerizados de Gastroenterología, hemodinamia y cardiología, se puede evidenciar que se cuenta con agendas disponibles, la cual se ve afectadas por la inasistencia y los cupos sin vender correspondientes.

RECOMENDACIONES

Acorde al análisis de los productos entregados por el proceso para el desarrollo de la presente auditoría, la oficina de control interno puede dar garantías de la complejidad y responsabilidad que el proceso tiene a cargo frente al manejo de estos tres grandes servicios tercerizados, por lo que es de esperar que se puedan presentar algunas debilidades específicas que requieran la atención de los líderes a fin de aplicar las acciones correctivas y con esto apuntar al incremento gradual de la satisfacción de sus usuarios.

Para la respuesta efectiva a las acciones correctivas la oficina de control interno recomienda al proceso la articulación con los procesos de participación social, oficina de gestión del riesgo, Dirección de servicios ambulatorios y hospitalarios e involucrar de una manera más directa a los servicios tercerizados, frente a la responsabilidad del seguimiento a los controles establecidos para la mitigación de los riesgos planteados la responsabilidad del seguimiento a los controles establecidos para la mitigación de los riesgos planteados.

Aclaraciones generales:

- ✓ La Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, respecto de la evidencia facilitada para la evaluación efectuada, aclara que la información suministrada por la Dirección de Servicios Complementarios - servicios tercerizados (hemodinamia, cardiología y gastroenterología), se obtuvo a través de solicitudes y consultas y visitas de campo realizadas por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- ✓ Dado que la labor de auditoría interna ejecutada desde la Oficina de Control Interno, esta sujeta al cumplimiento



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
D. José Libardo de la Cruz
de Sur E.S.E.

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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2022, la misma se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, motivo por el cual procedimientos más detallados podrían revelar contenidos no abordados en la ejecución de esta actividad.

- ✓ La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en este informe para la Dirección de Servicios Complementarios - *servicios tercerizados (hemodinamia, cardiología y gastroenterología)*, incentiva la consideración de las "Recomendaciones" para los planes de mejoramiento a que haya lugar, acorde con el formato establecido, por lo anterior una vez el presente informe quede en firme, el plazo establecido para la entrega del PM será de quince (15) días hábiles a partir del recibo del informe definitivo.

Firma:

AUDITOR LÍDER

Nombre: María de la Cruz Terán Álvarez

Firma:

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre: Astrid Marcela Méndez Chaparro