



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

INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

Fecha:	Noviembre 21 de 2019
Nombre:	Andres Doncel – María de la Cruz Terán
Responsable	Oficina de Control Interno

OBJETIVO:	Hacer informe de seguimiento a los planes de mejora de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a la luz de las auditorías ejecutadas por la Oficina de Control Interno de Gestion en el periodo 2018 – 2019. Auditorías Internas y Externas.
ALCANCE:	Desde la ejecución de las auditorías programadas en el Plan Anual de Auditorías 2018 y 2019 y auditorías externas, la formulación de los hallazgos y el seguimiento de los planes de mejora hasta el cierre de los ciclos de mejora derivados de los procesos auditados.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">➤ Revisión informes de auditorías realizadas en la vigencia.➤ Determinación de hallazgos dejados en los procesos de auditoría sobre las políticas que lo regulan.➤ Revisión Planes de Mejora producto de auditorías vigentes.➤ Revisión en Sistema Utilitario de los avances a los hallazgos formulados.➤ Análisis sobre la formulación a las acciones correctivas establecidas para el cierre de la brecha evidenciada.
NORMATIVIOAO	<ul style="list-style-type: none">➤ Acuerdo 002/18 POA Proceso Mejoramiento Institucional.➤ Mapa de Riesgos Proceso Mejoramiento Institucional.➤ Resolución 2082 de 2014 (Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud)➤ Ley 87/93, que establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado.➤ Decreto 1499 de 2017: Modelo Integrado de Planeación y Gestión.



RESULTADOS OBTENIDOS

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS CICLOS DE MEJORA DERIVADOS DE LAS AUDITORIAS REALIZADAS DURANTE LA VIGENCIA 2018 Y 2019

La Oficina de Control Interno durante las vigencias 2018 y 2019 adelantó las auditorias programadas en el PAA – Plan Anual de Auditorias a procesos y subprocesos, las cuales derivaron en la formulación de hallazgos y planes de mejora propuestos por los procesos auditados; dentro de los criterios evaluados se encuentran los siguientes:

1. Política del proceso o subproceso evaluado.
2. Indicadores del POA.
3. Mapa de Riesgos.
4. Planes de Mejoramiento.
5. Código de Integridad.

Para el presente informe se realizó seguimiento a los planes de mejora vigentes entre los procesos y la Oficina de Control Interno a través de la verificación en el aplicativo Utilitario y las diferentes reuniones de seguimiento de las auditorias internas y de antes de control.

Mediante Oficio **OCI-386, OCI-387, OCI-388, OCI-389, OCI-390 y OCI-391** fecha noviembre 5 de 2019, la oficina de control interno recordó a los diferentes procesos auditados el compromiso adquirido en Junta Directiva de gestionar los Planes de Mejora y dar cumplimiento al 100% de sus acciones.

1. PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre los meses de marzo y abril de 2019 el subproceso Gestion Clinica Excelente y Segura – Programa Seguridad del Paciente fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno cuyo alcance fue: “...desde los lineamientos normativos, revisión del enfoque publicado en la intranet, implementación de la Política vigencia 2018, hasta el cierre de los ciclos de mejora formuladas, enmarcadas en las líneas de intervención, buenas prácticas y sistema de gestión de las fallas en la prestación de los servicios misionales...”.

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE Septiembre 30 de 2019	% DE AVANCE Noviembre 20 de 2019
Programa Seguridad Del Paciente	14	1848	07/05/2019	31/07/2019	75%	75%
		1934	07/05/2019	31/05/2019	50%	75%
		349	07/05/2019	08/05/2019	50%	50%
		5215	07/05/2019	31/05/2019	75%	75%
		5216	07/05/2019	31/05/2019	25%	25%
		5217	15/05/2019	31/12/2019	75%	75%



		5218	15/05/2019	31/12/2019	0%	0%
		5219	07/05/2019	31/05/2019	100%	100%
		5220	10/05/2019	01/06/2019	50%	75%
		5221	05/05/2019	01/06/2019	0%	75%
		5222	15/05/2019	31/12/2019	0%	50%
		5223	15/05/2019	31/12/2019	25%	25%
		5224	07/05/2019	31/12/2019	75%	75%
		5225	30/06/2019	31/12/2019	25%	25%

Derivado de esta auditoría, se generó un Plan de Mejora cuyo seguimiento a noviembre 20 de 2019 mostro acciones vencidas y sin ejecución; de las 14 acciones de este plan de mejoramiento:

- OM: 1848, 349, 5215, 5216 se encuentran vencidas y sin avances en su ejecución.
- OM: 5217, 5218, 5223, 5224, 5225 no presentaron avances desde el último seguimiento con acciones próximas a vencerse el 31 diciembre de 2019.
- OM: 5220 y 5221 son acciones vencidas con avances en su ejecución.
- OM: 1934, 5222 corresponde a acciones próximas a vencer con avances en su ejecución.
- OM: 5219 Cerrada.

Igualmente se evidencia la implementación de actividades enfocadas a fortalecer las diferentes líneas del programa con estrategias como "Desafío de la Calidad", el desarrollo del curso de "Seguridad del Paciente Subred Sur" en la plataforma de aprendizaje institucional MAO.

2. CUENTAS MEDICAS

Durante el segundo semestre del año 2018, se realizó auditoria al proceso Apoyo para la Gestión del riesgo en Salud – Cuentas médicas cuyo alcance fue: "Estudia de los riesgos reales o potenciales producidas por los eventos adversos sobre las glosas aplicadas a la facturación de los meses de enero a junio de 2018 de los servicios de internación de la USS Meissen y Lunal, así como la forma en que el control sobre los eventos adversos impacta el cumplimiento de las políticas institucionales trazadas en el área financiera y de seguridad del paciente."

Derivado de esta auditoria se genero un Plan de Mejora el cual muestra los siguientes avances con fecha noviembre 20 de 2019:



AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Cuentas Medicas	5	2954	07/01/2019	10/04/2019	100%
		2955	15/01/2019	01/04/2019	75%
		2956	07/01/2019	10/03/2019	100%
		2957	07/01/2019	10/03/2019	0%
		2958	15/01/2019	01/04/2019	25%

Al verificar en el aplicativo Utilitario, se observa cumplimiento del 100% en las acciones 2954 y 2956. La acción 2955 presentó avances desde el último corte verificado. La OM: 2957 no muestra avances. Estas dos últimas bajo la responsabilidad del programa de seguridad del paciente.

3. AMBULATORIO

Durante el primer semestre del año 2018 el proceso Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud – Servicios Ambulatorios fue objeto de auditoria por parte de la oficina de control Interno, de la cual se formuló el plan de mejora el cual muestra a noviembre 20 de 2019 los siguientes avances:

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHAS INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Ambulatorio	21	1920	03/07/2018	31/04/2019	50%
		1921	19/10/2018	01/01/2019	50%
		1922	15/08/2018	16/08/2018	100%
		1923	01/01/2018	01/02/2019	100%
		1925	01/01/2018	01/02/2019	100%
		1926	30/10/2018	01/11/2018	100%
		1927	30/10/2018	01/11/2018	100%

El seguimiento realizado mostró cierre de las oportunidades de mejora 1922, 1923, 1925, 1926, 1927. La 1920 y la 1921 se encuentran vencidas y ejecutadas en el 50%.



4. LABORATORIO CLINICO

En el segundo semestre del año 2018 el proceso Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud - laboratorio clínico fue objeto de auditoria por parte de la oficina de Control Interno cuyo alcance fue "Desde el alistamiento de las plataformas hasta la emisión del resultado mediante la auditoria concurrente y retrospectiva del primer semestre de 2018 del servicio de laboratorio de las sedes Meissen, Tunal y Nazareth".

El presente análisis del estado de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento, presenta el siguiente estado:

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Laboratorio Clínico	19	1929	15/07/2018	31/10/2018	100
		1930	19/10/2018	02/01/2019	100
		1932	03/01/2019	30/01/2019	100
		1933	03/01/2019	30/01/2019	100
		1936	15/01/2019	07/02/2019	100
		1937	15/10/2018	03/01/2019	100

Al realizar el seguimiento en el aplicativo, se evidencia cumplimiento del 100% de las acciones planteadas por el subproceso dando por cerrado el ciclo de mejora.

5. FARMACIA

En el segundo semestre del año 2018, se realizó auditoría al subproceso de Farmacia en las sedes Nazareth y Tunal de la cual se derivó un plan de mejora que se ejecutó durante el segundo semestre del año 2018 y el año 2019. Con corte a noviembre 20 del presente año el subproceso muestra avances significativos en el desarrollo de las acciones con un 63% de ejecución.

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Farmacia	7	4006	03/04/2019	01/07/2019	50
		4097	01/07/2019	30/07/2019	75
		4098	18/01/2019	30/06/2019	25
		4099	01/02/2019	30/03/2019	100
		4100	01/04/2019	01/07/2019	100
		4101	01/04/2019	01/07/2019	100
		4102	01/04/2019	03/06/2019	100
		4104	08/04/2019	30/07/2019	100

Se evidencia 3 Oportunidades de Mejora con acciones vencidas sin avances en su ejecución desde el último seguimiento.



6. URGENCIAS

Con corte a noviembre 20 de 2019 se encuentra cerrado este plan de mejora con el 100% de sus acciones ejecutadas, tal como se muestra a continuación:

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
URGENCIAS	25	2948	01/11/2018	30/04/2019	100%
		2949	18/12/2018	30/12/2018	100%
		2950	01/11/2018	30/06/2019	100%
		3953	03/09/2018	28-06-2019	100%
		3954	01/11/2018	30/04/2019	100%
		3956	01/11/2018	30/04/2019	100%
		3957	01/11/2018	30/04/2019	100%

Plan de Mejoramiento Cerrado.

7. COMUNICACIONES

El proceso de Comunicaciones de la Subred Sur, fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la entidad, durante los meses de mayo a julio de 2019 cuyo alcance fue "verificar y evaluar desde el enfoque, implementación y resultados del proceso Comunicaciones, seguimiento a sus política y articulación con el modelo MIPG como proceso transversal referenciado en el Sistema Único de Acreditación, hasta la calidad y oportunidad de la información recibida por cliente interno y externo durante el periodo octubre 2018 o marzo de 2019". El proceso elaboró el correspondiente plan de mejoramiento, el cual consta de 9 acciones:

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	O.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Comunicaciones	9	5303	01/09/2019	01/01/2020	100%
		5304	01/09/2019	31/12/2019	100%
		5305	01/09/2019	01/03/2020	100%
		5306	01/09/2019	30/04/2020	100%
		5307	01/09/2019	30/11/2019	100%
		5308	01/09/2019	31/07/2020	25%
		5309	01/09/2019	30/07/2020	25%



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

INFORME DE CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-03 V1

		5310	01/09/2019	30/10/2019	100
		5311	01/09/2019	31/07/2020	20

Mediante Oficio **COM I - 088** del 18 de noviembre de 2019, la Oficina Asesora de Comunicaciones informa de la ejecución del 100% de 6 de las 9 acciones de mejora del plan derivado de la auditoría realizada. Las tres acciones restantes ID: 5308, 5309, 5311 relacionadas con la aplicación de la encuesta 2020 están proyectadas para ejecución el próximo año.

8. GESTION DEL CONOCIMIENTO – DOCENCIA SERVICIO

El subproceso Docencia y Servicio fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la Entidad durante los meses de Junio y Julio de 2019 cuyo alcance fue: *“seguimiento a los convenios docencia servicio y documentación relacionada con el proceso en el último trimestre 2018”*, en cuyo seguimiento se verificaron los indicadores del proceso, con las siguientes conclusiones:

En relación con el indicador **Lineas Investigación Implementadas**, se evidenció que se encuentra en ejecución el cronograma para implementar una línea de investigación, por lo que no se levantaron hallazgos.

AUDITORIA	N° HALLAZGOS	D.M UTILITARIO	FECHA INICIO	FECHA CIERRE	% DE AVANCE
Lineas Investigación Implementadas	10	5293	01/10/2019	31/03/2020	En ejecución
		5294	21/06/2019	31/03/2020	En ejecución
		5295	11/03/2019	31/03/2020	En ejecución
		5296	21/03/2019	31/03/2020	En ejecución
		5297	21/08/2019	31/03/2020	En ejecución
		5298	21/03/2019	31/03/2020	En ejecución
		5299	21/08/2019	31/04/2020	En ejecución
		5300	21/03/2019	31/03/2020	En ejecución
		5301	21/11/2019	31/01/2020	En ejecución
		5302	21/04/2019	31/01/20	En ejecución

El plan de mejoramiento

En cuanto al indicador: **Estrategias de Accesibilidad al Conocimiento**, derivado del proceso de auditoría, el subproceso proyectó en su Plan de Mejora actualizar el cronograma y dar cumplimiento a las actividades planteadas. Esta acción se identifica con el ID Oportunidad: 5301



Para el seguimiento al indicador *Caracterización de Prácticas de Gestión de Conocimiento*, el proceso auditado, en relación con el documento **GC-PR-10-V1** manifiesta que se encuentra desactualizado por lo tanto para levantar el hallazgo en el plan de mejora propone como acción correctiva la revisión, actualización, socialización del documento Prácticas de gestión del conocimiento. ID: Oportunidad 5298.

Actualmente el plan de mejora se encuentra matriculado en Utilitario y en proceso de ejecución por parte de los líderes y responsables del proceso con todas sus acciones vigentes.

9. EVALUACION DEL IMPACTO EN SALUD

Durante los meses de mayo y julio de 2019 el proceso Evaluación del Impacto en Salud fue objeto de auditoria por la Oficina de Control Interno, en cuya evaluación encontró 6 hallazgos, por lo que se generó un plan de mejora por parte del proceso auditado; el cual se construyó durante el mes de septiembre, se realizaron las observaciones al mismo y el proceso realizó ajuste al plan de mejora el cual se encuentra vigente y en proceso de ejecución.

10. CONTRATACION

Se dio cumplimiento al 100% de las oportunidades de mejora matriculadas en Utilitario con ID: 1940, 1941, 1942, 1943, Plan de Mejora Cerrado mediante acta del 2 de septiembre de 2019.

11. EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Se realizó auditoria a este proceso entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2019 resultando 10 hallazgos. El plan de mejora se encuentra en proceso de construcción por parte del proceso.

12. APOYO PARA LA GESTION DEL RIESGO - TALENTO HUMANO - PERMANENCIA LABORAL

Se realizó auditoria a este proceso entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2019 resultando 11 hallazgos. El plan de mejora se encuentra en proceso de construcción por parte del proceso.

13. CONTRATACION BIENES Y SERVICIOS

Se realizó auditoria a este proceso entre julio y octubre de 2019 resultando 3 hallazgos. El plan de mejora se encuentra en proceso de construcción por parte del proceso.

14. CONTRALORIA

Durante el segundo semestre de 2019 se realizó seguimiento a las Oportunidades de Mejora derivadas de las diferentes auditorías realizadas por la Contraloría de Bogotá a la entidad encontrando los siguientes hallazgos a noviembre 20 de 2019:



PROCESO RESPONSABLE	NUMERO DE HALLAZGOS	% DE CUMPLIMIENTO
Talento Humano	1	25
Subgerencia de Servicios de Salud	1	0%
Participación Comunitaria	1	25
Juridica	3	25
Dirección financiera y administrativa	1	100
Dirección financiera	19	37
Dirección de contratación	18	46
Desarrollo institucional - Dirección administrativa	1	100
Dirección administrativa	12	65
Desarrollo Institucional	1	0
TOTAL	58	45

De las auditorias de vigencias anteriores las Oportunidades de Mejora se encuentran al 100 % de cumplimiento. Se continúa con el seguimiento al Plan de Mejoramiento producto de la auditoria de Regularidad código 151 PAD 2019 en el que se lleva un cumplimiento del 34% sin acciones vencidas.

SEGUIMIENTO AUDITORIAS OCI – 2019

Se encuentra en ejecución la **AUDITORIA DE CAJA MENOR - SUBGERENCIA CORPORATIVA** (noviembre – diciembre de 2019)

Firma:

AUDITORES ASISTENCIALES

Nombre: Maria Teran
Andres Dancel

Firma:

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre: Nidia Fernanda Rodriguez Salcedo