

Arauca, 28 de Diciembre de 2015

Doctor
JOSE VICENTE SANABRIA MONSALVE
Gerente
ESE MORENO Y CLAVIJO
Ciudad

Asunto: Seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción de los procesos y subprocesos de la red hospitalaria de la ESE Moreno y Clavijo

Teniendo en cuenta el plan de auditoría del sistema integral de gestión para la vigencia 2015, me permito presentar a usted los resultados del seguimiento a los mapas de riesgos administrativo y de corrupción de los procesos y subprocesos de los hospitales y centros de salud a los cuales se realizo auditoria, esto con el fin de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la norma.

Dicho cumplimiento se ve reflejado en la realización de las acciones porgramadas, así mismo los soportes y evidencias que acreditan este cumplimiento reposan en el archivo de gestión de cada proceso y subproceso auditado.

Sin otro en particular,



LIDIA MARICELA ORTIZ HERNANDEZ
Asesora de Control Interno
Gestión Integral de Control

Elaboró y Dígito: Jose Gregorio Guerrero Perez/ Lidia Maricela Ortiz Hernández

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

INTRODUCCION

En desarrollo de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 943 de 2014, Ley 1474 de 2011 se realizó auditoría de seguimiento al Mapa de Riesgos administrativos de corrupción y el plan anticorrupción y de atención al ciudadano, a los procesos y subprocesos de direccionamiento, misionales y de apoyo de la Entidad, permitiendo a la institución y a procesos y subprocesos identificar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de las funciones.

La auditoría de seguimiento a estas herramientas se realizó con el objeto de verificar el desarrollo de las acciones propuestas para cada uno de los riesgos de los procesos y subprocesos que conforman la entidad.

Para la realización de esta auditoría se tomó como referencia el mapa de riesgos administrativos y de corrupción institucional, el plan anticorrupción y atención al ciudadano el cual contempla los riesgos de cada una de los procesos y subprocesos de la entidad, y las acciones programadas para cada uno de los mismos.

La metodología utilizada por la Oficina Asesora de Gestión Integral de Control, para evaluar esta Auditoría fue la siguiente:

- Se revisaron los soportes suministrados por los líderes de los procesos y subprocesos de la entidad, como constancia de las acciones realizadas.

RESULTADOS DEL TERCER SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS ADMINISTRATIVO DE CORRUPCION Y AL PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS DE LA ENTIDAD

A continuación se describen los riesgos evaluados y las acciones desarrolladas por cada proceso con el fin de evitar eventos que puedan entorpecer el normal desarrollo de las funciones, así mismo se hace referencia si se cumplió o no con las actividades programadas para mitigar los riesgos propios de los procesos y subprocesos de la entidad.

HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME

DIRECCION:

En este seguimiento realizado en el tercer cuatrimestre se encontraron ocho (08) riesgos, de los cuales dos (02) no aplican para esta auditoría, las demás actividades programadas se están realizando de forma satisfactoria, lográndose un porcentaje de cumplimiento del 100% así:

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|--|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega Inoportuna de Informes | 1. Conciliar la información con las áreas de estadísticas y facturación. | se realiza un macrocomité, consolidando la información apropiada y pertinente | Se evidencia informe de gestión en medio magnetico de los meses de julio, a noviembre de 2015. | cumple | |
| | 2. Realizar seguimiento en las fechas de entrega de informes | se envia cada informe en los tiempos correspondiente | Se revizó fecha de envío de los informes de gestión en el correo institucional del hospital correspondiente a los meses de julio a noviembre de 2015. Cumpliendo con los tiempos establecidos por la entidad | cumple | |
| | 3. Concientizar al personal de la entrega de la información confiable a la sede central y entes de control respectivos | se realiza codigo de etica de buen gobierno | se evidencia listado de asistencia ha la socialización del codigo de ética y de buen gobierno | cumple | |
| Toma de decisiones erradas | 1. Definir responsabilidades en la retroalimentación de la información. | socializacion del manual de comunicaciones | se evidencia manual de comunicaciones GIF-MA-001, con fecha 13 de mayo de 2015 | cumple | |
| | 2. Establecer canales de comunicación de la red Hospitalaria a la sede central y viceversa. | comunicación por medio de correo institucional, líneas telefónicas institucionales, correo certificado | El hospital maneja los siguientes medios de comunicación como son el correo institucional, líneas telefónicas institucionales y correo certificado los cuales funcionan de forma adecuada | cumple | |
| Posible falta en la gestión administrativa. | 1. Solicitud de asesoría para formulación de POA, articulados con la Planeación Estratégica de la entidad. | solicitar asesorio a la asesora de planeacion | El POA se elabora una vez al año dentro del primer trimestre, razón por la cual para este seguimiento no aplica dicha actividad. | N.A | |
| | 2. Redefinición de compromisos en los acuerdos de gestión. | | | N.A | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|--------|--|
| clientelismo y favorecimiento a terceros | aplicación de la legislación vigente | se realiza verificación contrato vs entrega, actividades ejecutas | se evidencia actas de supervisión de contratos de los meses de enero a noviembre. Certificación de contratos de prestación de servicios a los funcionarios del hospital información verificada en el equipo de computo de la dirección. | cumple | |
|--|--------------------------------------|---|---|--------|--|

LABORATORIO CLINICO:

Para este seguimiento del Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se contemplan doce (12) riesgos de los cuales se evidencia que dos (02) riesgos no aplica para este último seguimiento, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 100% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|--|--|--|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Deterioro de insumos | 1. Solicitar adecuación del área física de almacenamiento. | Instalaciones adecuadas para el funcionamiento | | N.A. | Según solicitud cuando se requiera, realizar ajuste para el siguiente seguimiento. manifiesta la coordinadora de esta área, que la lectura de citohistología no pertenece al laboratorio clínico. |
| | 2. registro diario de temperaturas, seguimiento al mantenimiento y limpieza del área, actualización de kardex. | Se realiza seguimiento diario de temperatura y sitio ambiente, kardex en medio magnético de enero, febrero y marzo | Se evidencia formato diario de temperatura de nevera en uso, registro de nevera reactivo en stop, registro de temperatura ambiente. Se evidencia kardex en medio magnético y físico de los meses de enero a noviembre de 2015. | Cumple | Se evidencia el uso de todos los formatos aprobados por gestión de calidad |
| | 3. Solicitar mantenimiento en las neveras. | se realiza solicitud por medio escrito a la dirección | Se evidencia formato de mantenimiento a las neveras. | Cumple | |
| Resultados erróneos | 1. socialización de manuales y protocolos, calibración de equipos, seguimiento de kardex | | | N.A. | No están aprobados por gestión de calidad. |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------|--|
| inapropiado seguimiento a manuales y potocolos | 1. actualización de manuales | Se realizó actividad para actualizar los manuales | se evidencia carpeta con todos los manuales actualizados | Cumple | Se hace necesario que las actualizaciones de los manuales sean aprobadas por la gerencia y formen parte integral del sistema integrado de gestión. |
| | 2. Listar la documentación faltante por documentar | documentos faltantes | se oficio con todos los formatos faltantes con fecha 14 de julio 2015 | Cumple | formatos requeridos actualizados |
| | 3. socialización y verificación de los mismos | socialización con el personal | se evidencia registro de asistencia de capacitaciones de la actualización de los manuales con fecha 14/07/2015 y 21/10/2015 | Cumple | |
| eventos adversos | 1. registro de los eventos presentados en el proceso | Se registra en el formato de eventos adversos | Se evidencia registro de los eventos adversos en el formato adecuado de los meses enero a noviembre de 2015 | Cumple | |
| | 2. capacitación al personal | realizar capacitación al personal | se evidencia listados de asistencia de capacitación sobre eventos adversos con fecha 16/07/2015 | Cumple | |
| Inoportunidad en la prestación de servicios de laboratorio | 1. solicitud oportuna de insumos. | se realiza solicitud dos veces al mes | se evidencia oficios de solicitudes desde el mes de enero a noviembre de 2015 | Cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| realizar exámenes sin facturación | Verificación diaria de facturación. | se realiza seguimiento en libro de forma manual de los resultados generados por laboratorio | Se evidencia libro en donde se observa Nro. de la factura de los procedimientos realizados. | Cumple | |
| venta de insumos para lucro personal | seguimiento del kardex | se realiza seguimiento mensual | Se evidencia kardex actualizados de las entradas y salidas de insumos de laboratorio de los meses de enero a noviembre en medio físico y electrónico. | Cumple | |

Nit 900.034.131-8

HOSPITALIZACION:

Durante el seguimiento al Mapa de Riesgos Administrativo y de Corrupción se evidencia un total de diez (10) riesgos, de los cuales se logró un cumplimiento del 70% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|--|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Infecciones Nosocomiales y cruzadas | 1. Capacitar al personal en utilización de medidas de protección | | No se evidencia soortes que acrediten la realización de la socialización. | no cumple | |
| | 2. Solicitar con anticipación implementos de protección personal | Se realizan requerimientos por medio de socrates | se evidencia requerimientos a través del sistema de socrates de abril, a noviembre respecto a los insumos de protección personal. | cumple | |
| Inadecuado diligenciamiento de las Historias clinicas. | 1. Capacitación en diligenciamiento, apertura y cierre de Historias clinicas. | No se ha realizado socializaciones con el personal | No se evidencia soortes que acrediten la realización de la socialización. | no cumple | |
| | 2. Seguimiento continuo al diligenciamiento de las historias clinicas. | No se realiza seguimiento documentado | No se evidencia seguimiento soportado. | no cumple | |
| Aumento en las complicaciones en paciente hospitalizado | Ajuste de documentación del proceso | Se utiliza los formatos aprobados por gestión de calidad | Se observa la utilización de los formatos aprobados por gestión de calidad. | cumple | |
| Posible fuga de usuarios | 1. Implementar fichas de salida para control de pacientes | se esta implementando boleta de salida | Se evidencia formato de salida GFA-FO-007 | cumple | |
| Usuarios insatisfechos con el servicio | 1. Solicitud de pedidos de manera oportuna. | Se realiza requerimientos por medio de socrates | se evidencia requerimientos en el sistema de socrates de abril, a noviembre de los insumos de protección personal. | cumple | |
| | 2. Seguimiento y Control al cuadro de turnos. | se realiza seguimiento en el libro de cambio de turnos, y se lleva kardex de enfermería para la entrega de turno | se evidencia libro de cambio de turno y kardex de enfermería de los servicios de hospitalización | cumple | se revisa historia clinica con fecha 14 de diciembre de 2015 |
| | 3. Capacitación a personal asistencial en servicio al cliente. | se realiza socialización mensual | se evidencia listados de asistencia de los meses enero a noviembre 2015 | cumple | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Nit 900.034.131-8

| | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|--------|--|
| Possible Ocurrencia de eventos adversos | 1. capacitación y evaluación en manejo de guías, y documentación asociada al proceso. | Se realiza socialización mensual | se evidencia socialización referente a los eventos adversos, como el seguimiento a los eventos adversos presentados los cuales se manejan en medio magnético | cumple | |
|---|---|----------------------------------|--|--------|--|

IMÁGENES DIAGNOSTICAS:

En el siguiente Mapa de Riesgos se encontraron once (11) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, evidenciándose un cumplimiento del 90% respectivamente.

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|---|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Error al designar decibeles para la toma de la imagen según la parte del cuerpo | 1. Socialización del protocolo al funcionario que practica la toma de muestra. | se socializa protocolo con funcionario | Se evidencia el protocolo técnica de manejo en radiología e imágenes diagnosticas código imd-pt-002 y imd-pt-002 | cumple | |
| | 2. Evaluación permanente de las guías, protocolos del proceso. | se realiza seguimiento al funcionario | Al funcionario se le realiza visita por parte de garantía de calidad. | cumple | |
| | 3. Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos | se realiza de acuerdo al cronograma de programación | Se realiza visita en el mes de agosto. | cumple | |
| Eventos Adversos | 1. Solicitar acompañante para la toma de las imágenes. | cuando se presentan casos como toma de un niño, o adulto mayor | Se realiza solicitud de acompañamiento del familiar debidamente protegido, con delantar plomado y cuello tiroide | cumple | Se realiza de forma verbal la solicitud del acompañante |
| | 2. Ajuste de guías, protocolos del proceso | guías y protocolos aprobados por gestión de calidad | Se evidencia carpeta de la documentación del servicio en medio magnético, en donde contiene tres protocolos actualizados y aprobados por gestión de calidad | cumple | |
| | 3. Solicitud de mantenimiento preventivo de la procesadora. | Se realiza de acuerdo al cronograma de programación | No realiza solicitud para los mantenimiento preventivo y/o correctivo | no cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|---|--|--------|---|
| Baja adherencia a protocolo, guías de manejo del proceso | 1. Actualización de las guías, manuales, | Guías y protocolos aprobados por gestión de calidad | Se evidencia carpeta de la documentación del servicio en medio magnetico, en donde contiene tres protocolos actualizados y aprobados por gestión de calidad | cumple | uso permanente |
| | 2. Evaluación permanente a la adherencia a las guías, manuales, protocolos del proceso. | se realiza seguimiento al funcionario | Al funcionario se le realiza visita por parte de garantía de calidad. | cumple | |
| Exposición de funcionarios alta gama de rayos x de alta frecuencia al entrar al cuarto donde se procesan las imágenes diagnósticas | 1. Socializar el funcionamiento del cuarto de rayos X a los demás funcionarios. | Se realiza capacitación al personal | Se evidencia listado de asistencia de la capacitación | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| no facturación del servicio por amiguismo o favores a terceros. | 1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas | se realiza previa facturación y orden medica | se verifica en el sistema socrates la facturación del servicio de rayos x, las que no se encuentran facturadas, se realiza notificación y se ajusta la factura | cumple | |
| | 2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas. | | | N.A. | se recomienda realizar ajuste para el próximo seguimiento |

APOYO TERAPEUTICO:

En el Mapa de Riesgos de este subproceso se encontraron nueve (09) riesgos, de los cuales se evidencia que en dos (02) de ellos no aplica para este seguimiento, lograndose un cumplimiento del 85.7% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|-------------------------------------|--|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Inadecuada Sistematización de las historias clínicas. | Capacitación Sistema Socrates, gestión de pedido equipo de cómputo, mantenimiento equipo. | No se manejan historias clínicas | | N.A. | Se recomienda realizar ajuste de dichos riesgos para la vigencia 2016. |
| Inadecuada adherencia a las guías y protocolos | Realizar seguimiento al área de control y auditoría. | Socialización de guías y protocolos | Se evidencia guía ATP-GC-001, guía de atención terapéutica, ATP-PT-001, protocolo de atención para terapia física. | cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|---|---|--------|---|
| deficiencia en la prestación del servicio | 1. Adquirir instrumental para el área de fisioterapia | Se cuenta con solicitudes de instrumentos y equipos | Se evidencia solicitudes en medio magnetico | cumple | Se realiza solicitud por medio del sistema socrates |
| inadecuada acceso al servicio de fisioterapia | Ampliación y acondicionamiento en el area de fisioterapia | Las instalaciones son adecuadas para prestar el servicio | Se evidencia area adecuada para la prestación del servicio | cumple | |
| Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos. | Informar y explicar al usuario sobre las posibles riesgos durante el tratamiento | Se realiza seguimiento de eventos adversos | Se evidencia registro de eventos adversos en fisioterapia. | cumple | |
| optimizacion en los resultados del tratamiento | 1. Crear base de datos de cada paciente | Se realiza registro de pacientes en proceso | Se evidencia registro en medio fisico de los pacientes atendidos durante los meses de enero a noviembre de 2015, formato ATP-FO-013 | cumple | |
| | 2. Gestión de pedido implementos de trabajo, | Se realiza requerimiento de acuerdo a la necesidad presentada. | Se realiza solicitud por medio del sistema socrates | cumple | |
| | 3. Concientizar al familiar ó al cliente para gestion de su transporte. | Se realiza charla al paciente de la importancia de la continuidad de las terapias y la asistencia a las mismas. | Los pacientes se movilizan en su totalidad al servicio del hospital | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| No cobro del servicio por amiguismo ó favores politicos | 1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado | Se realiza solicitudde terapia previa, orden medica, factura y autorización. | Se evidencia cuenta de cobro la cual contiene factura, orden medica y previa autorizacion de la EPS | cumple | |

GESTION FARMACIA:

En el siguiente Mapa de Riesgos se encontraron once (11) riesgos de los cuales se evidencia que tres (03) de ellos no aplican para este seguimiento, se observa un porcentaje de cumplimiento del 87.5%, así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|--|--|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega medicamento erróneo ó vencidos | 1. Evaluar continuamente adherencia a protocolos, procedimientos del proceso. | Se consulta continuamente el protocolo | Se evidencia los protocolos y procedimientos en medio físicos. | cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|---|---|-----------|--|
| | 2. Actualización de la documentación del proceso. 3. Aplicar el instructivo de baja de medicamentos. | Se utiliza la documentación aprobada por calidad | Se evidencia la adherencia de la documentación aprobada por calidad de los formatos que actualmente se utilizan | cumple | se revisa adherencia de documentación manejada por el proceso de gestión farmacia. |
| Oportunidad en la entrega de medicamentos y DM | 1. Dar aplicabilidad al programa de técnico vigilancia, y reactivovigilancia | Se realiza vigilancia por parte del líder del proceso | Se evidencia la inscripción al programa farmacovigilancia y tecnicovigilancia aprobado por la UAESA, se evidencia la utilización de los manuales de programa de farmacovigilancia y técnico vigilancia aprobados por el sistema integra de gestión. | cumple | se evidencia la inscripción al programa farmacovigilancia |
| | 2. Realizar seguimientos a programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia. | se realiza seguimiento a los diferentes servicios los días lunes y viernes | se realizó recorrido por algunos servicios del hospital verificando el programa de tecnicovigilancia | cumple | se realiza visita a los diferentes servicios del hospital verificando que los medicamentos estén debidamente rotulados, se realiza todos los lunes y los viernes de cada semana. |
| Inadecuada adherencia a las guías y protocolos | 1. Actualizar guías Evaluaciones Capacitaciones | se evidencia carpeta entregada por el proceso de gestión de calidad la cual contiene las respectivas guías y protocolos del proceso | se evidencia instructivo semaforización, instructivo recepción técnica, manual de manejo de farmacia y programas de farmacovigilancia y tecnicovigilancia | no cumple | se encuentra en proceso de aprobación por parte del sistema integrado de gestión. |
| | 2. Solicitar Seguimiento a planes de mejora | | | N.A. | no se han realizado planes de mejoramiento |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Compra de Insumos, DM y medicamentos próximos a vencer | 1. Hacer lista de chequeo de lo recibido, corrección | se realiza comprobante de ingreso, acta de entrega, acta de recepción técnica, verificando información acorde con los manuales y procedimientos | se evidencia comprobante de ingreso nº 492 de noviembre de 2015 | cumple | |
| | 2. Informe a la ESE de las inconsistencias | | | N.A. | no se han presentado inconsistencia |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Nit 900.034.131-8

| | | | | | |
|--|---|--|--|--------|---|
| Entrega de medicamentos y DM sin facturar | 1. Verificación de la facturación de los servicios del proceso. | Se realiza previa facturación antes de entrega de medicamentos | Se evidencia orden medica debidamente facturada | cumple | |
| Compra de medicamentos con sobre costos | Realizar evaluaciones en tiempos adecuados, retroalimentación con el proveedor y con las sedes hospitalarias que reportaron inconformidades frente a los Insumos, DM, y Medicamentos Formatos Adecuados | | | N.A. | realizar ajuste para el proximo seguimiento |
| Entrega inoportuna de los pedidos de Insumos, DM, y medicamentos | Hacer prestamos con la red de hospitales de la ESE o del Departamento | Se realiza rotación de medicamentos | Se evidencia formato de rotación de medicamentos de los meses de abril a noviembre de 2015 | cumple | |

APOYO LOGISTICO:

Durante el seguimiento realizado al Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se evidencian once (11) riesgos, dos (02) de ellos no aplican, lograndose un cumplimiento del 88,88% respectivamente:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|---|--|---|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible contaminación por EPP | 1. Resocialización de las guías y protocolos del proceso. | | | N.A | no se han aprobado guías y protocolos para este proceso |
| | 2. Garantizar el suministro oportuno de EPP e insumos necesarios para garantizar la protección de los hospitales a la sede central. | Se realiza solicitud al subproceso de almacen y recursos físicos | Se evidencia solicitud en medio electrónico al proceso gestión ambiental de los EPP para el personal de este hospital | cumple | |
| | 3. Verificación del cumplimiento del plan de adquisiciones de la vigencia. | se realiza registro de entradas de epp y material de aseo | se evidencia entrega parcial de elementos de aseo y epp, se evidencia entradas en los kardex de aseo de los meses de enero a julio. | cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|---|---|---|-----------|--|
| Incumplimiento de los protocolos aseo y desinfección de las áreas | elaboración y cumplimiento de los planes de compra | se realiza solicitud de necesidades trimestral y anualmente | Se evidencia el plan de necesidades del primer y segundo trimestre. | cumple | |
| alta concentración de olores contaminantes | 1. instalación de ventilación mecánica. | se encuentra en área semi cerrada | Se observa buena ventilación en el área de lavandería | cumple | |
| Accidente laboral por elementos cortopunzantes en las diferentes áreas y/o Accidente laboral por mal manejo de equipos industriales | 1. resocialización de los protocolos de manejo de los RH- | se diligencia formato de RH | No se evidencia soportes que acrediten la socialización de los formatos RH. | No cumple | |
| | 2. Elaborar panorama de riesgos insitucional | | | N.A. | no se ha realizado la aprobación |
| | 3. capacitación al nuevo personal | se realiza capacitación al personal de servicio general | Se evidencia socialización del manual de bioseguridad | cumple | |
| Incumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos industriales y zonas verdes | 1. elaboración y cumplimiento del plan de compras | Dichas actividades de vienen desarrollando de acuerdo a los cronogramas de trabajo. | Se evidencia cronograma de mantenimiento de zonas verdes, y mantenimiento de equipos industriales | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Pérdida de insumos de aseo por mal manejo o por hurto | entrega controlada de los insumos | se realiza registro y control de entrega de insumos | Se evidencia registro de la entrega con recibido de los insumos a las distintos procesos y subprocesos para los meses de enero a julio de 2015. | cumple | |
| bajo nivel de seguridad en las instalaciones | capacitación a personal de vigilancia | | | N.A. | Ajustar para el próximo seguimiento, ya que este servicios se esta manejando con empresa de vigilancia privada |

HISTORIAS CLINICAS:

En el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción del subproceso antes mencionado se evidencian cuatro (04) riesgos, de los cuales se logro un cumplimiento del 50% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|--|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas | 1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas | Dicha actividad se desarrolla según lineamientos de la ley 594 de 2000 y resolución 1995 de 1999. | se evidencia archivo de gestión organizado por secciones donde se almacenan las historias clínicas | no cumple | El área no es adecuada para este tipo de servicio. el área no cumple con lo establecido por la ley |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|---|--|-----------|---|
| | 2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas. | se realiza un cronogra para la depuración de archivos | se evidencia cronograma para la vigencia 2015 | no cumple | No se esta realizando depuraciones por falta de personal y material e insumos para el trabajo |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales | 1. Capacitación al personal asistencial en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales. | se realiza capacitación al personal | se evidencia lista de asistencia sobre normatividad y manual interno de los procesos 26 de noviembre de 2015 | cumple | |
| | 2. Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas. | se restringe por medio de aviso de acceso restringido al personal no autorizado | se observa un aviso de acceso restringido al personal no autorizado, se evidencia area segura para la custodia de las historias clínicas | cumple | |

ANALISIS POR HOSPITAL

Se realizo seguimiento a ocho (08) servicios misionales del hospital san Antonio de Tame, mostrando en la siguiente grafica los resultados del seguimiento del mapa de riesgos administrativos y de corrupción por servicio.

Los procesos y subprocesos con el porcentaje más bajo fueron historias clínicas y hospitalización, mostrando un porcentaje inferior o igual a 70%. Se concluye que el hospital logro un porcentaje de cumplimiento con relación a los procesos y subprocesos auditados del 84%.



"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

CENTRO DE SALUD JUAN DE JESUS CORONEL DE PUERTO JORDAN
DIRECCION:

En el mapa de riesgos administrativo y de corrupción se manejan ocho (08) riesgos, de los cuales se evidencia que dos (02) de estos no aplican, lograndose un cumplimiento del 100% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|--|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega Inoportuna de Informes | 1. Conciliar la información con las áreas de estadísticas y facturación. | Se realiza macrocomité, consolidando la información apropiada y pertinente | Se evidencia informe de gestión en medio magnético de los meses de enero a noviembre de 2015 y las respectivas actas de los comites de enero a noviembre de 2015. | Cumple | |
| | 2. Realizar seguimiento en las fechas de entrega de informes | Se envia cada informe en los tiempos correspondientes | Se reviso fecha de envio de los informes de gestión en el correo institucional del hospital, de los meses de enero a noviembre de 2015. con fechas de envio antes o igual a la fecha de corte. | Cumple | |
| | 3. Concientizar al personal de la entrega de la información confiable a la sede central y entes de control respectivos | Se realiza socialización del código de ética de buen gobierno | se evidencia listado de asistencia ha la socializacion del código de etica y de buen gobierno | Cumple | |
| Toma de decisiones erradas | 1. Definir responsabilidades en la retroalimentación de la información. | socialización del manual de comunicaciones | Se evidencia manual de comunicaciones GIF-MA-001, con fecha 03 de noviembre de 2015 | Cumple | |
| | 2. Establecer canales de comunicación de la red Hospitalaria a la sede central y viceversa. | Comunicación por medio de correo institucional, líneas telefónicas institucionales, correo certificado | Se evidencia correo institucional, líneas telefónicas institucionales, correo certificado | Cumple | |
| Posible falta en la gestión administrativa. | 1. Solicitud de asesoría para formulación de POA, articulados con la Planeación Estratégica de la entidad. | solicitar asesorio a la asesora de planeacion | | N.A | No se han solicitado asesorías al respecto. |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--|---|--|--------|--|
| | 2. Redefinición de compromisos en los acuerdos de gestión. | | | N.A | ha la fecha no se ha realizado reunion de acuerdo de gestion |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| clientelismo y favorecimiento a terceros | aplicación de la legislación vigente | Se realiza verificación contrato vs entrega, actividades ejecutas | Certificación de contratos de prestación de servicio al personal en medio magnético. | Cumple | |

CONSULTA EXTERNA:

En este seguimiento se encontraron doce (12) riesgos, de los cuales se observa gestiones realizadas, reflejado un cumplimiento del 91.67% de la siguiente forma:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|---|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posibles dificultades para la atención de los usuarios | 1. Establecer horario para facilitar la programación del Mantenimiento Preventivo / Correctivo | Programación de visitas por medio de cronograma | Se evidencia cronograma de visitas para mantenimiento de equipos para el mes de octubre de 2015, realizaron calibración y mantenimiento preventivo. | Cumple | |
| | 2. Reporte inmediato de fallas de equipos. | Reportar a la sede central oficio de fallas de equipos biomedicos | Se evidencia reporte de las fallas de equipos biomedicos de forma electrónica | Cumple | se reviso correo institucional del coordinador |
| | 3. Verificación de cumplimiento de turnos programados. | Según cronograma de turno | Se evidencia cuadro de turnos y se verifico la asistencia del personal en servicio | Cumple | |
| | 4. Solicitar a subgerencia de salud y coordinador de facturación la contratación de servicios a prestar a cada una de las EPS | solicitud de la contratación de las diferentes eps | se evidencia copias en medio magnetico y fisico de los contratos con los diferentes eps | Cumple | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|--|--|-----------|--|
| Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos | 1. Socialización de guías y protocolos institucionales. | Socializar con el personal las guías y protocolo institucionales | Se evidencia circular N° 009 de 19 de febrero de 2015, programación de la socialización de las guías de atención integral de los programas de pyp, de las cuales a la fecha están cumplidas al 100%. Se evidencia listado de asistencia de toma de muestra para citología, atención del parto y recién nacido, guía de atención al paciente con hipertensión y diabetes, instructivo de atención pre y pos consulta, procedimiento de asignación de citas, procedimiento de atención de consulta externa, protocolo de transporte de paciente, guía de toma de EKG, guía de control de signos vitales, guía de remisión interna de pacientes, protocolo de pérdida de los pacientes, protocolo de lavado de manos, protocolo de identificación del paciente protocolo de reanimación cardiopulmonar básica, guía clínica de IVU. | Cumple | |
| | 2. Realizar evaluaciones periódicas | No se realiza evaluaciones | No se evidencia seguimiento o evaluaciones a las guías o manuales de procedimientos después de socializadas | no cumple | |
| Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos. | 1. Actualización de la documentación del proceso. | Formatos aprobados por gestión de calidad | Se evidencia formato aprobado por gestión de calidad, no se han presentado eventos adversos | Cumple | |
| | 2. Seguimiento a eventos adversos del proceso. | se realiza comité mensual de eventos adversos | no se evidencia reporte de eventos adversos | Cumple | |
| Bajo nivel de satisfacción en el servicio por parte de usuarios. | 1. Capacitaciones de atención | se programan cinco capacitaciones cada mes | Se evidencia registro de asistencia a las capacitaciones impartidas por la jefe de consulta externa de enero a noviembre de 2015 | Cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|--|--|--------|--|
| | 2. Solicitud de Mantenimiento de equipos de manera oportuna | Reporte de indicador de satisfacción al usuario | Se evidencia el indicador de gestión, % de satisfacción del usuario de los meses de enero a noviembre, se manifiesta que en el mes de julio se reporto por debajo de la meta establecida de 80%, los otros meses se encuentran por encima de la meta establecida | Cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| No cobro del servicio por amiguismo ó favores politicos | 1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado | Se realiza conciliación entre producción y facturación | se evidencia factura de la prestación del servicio de la paciente ZULY BEATRIZ CRIOLLO la cual cumple con todos los requerimientos | Cumple | |
| Asignación de citas por amiguismo o favores personales ignorando el orden de atención por llegada. | 1. Solicitar auditorías administradores de hospitales ó centros de salud y seguimiento continuos. | Se realiza de manera personal o por medio telefonico 3134737365 y en orden de llegada, dando prioridad a la norma de ventanilla preferencial | se evidencia asignación de citas en medio magnético, un día antes por agenda. | Cumple | |

URGENCIAS:

En este Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se encontraron diez (10) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 80 % así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|---|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Demora en la prestación del servicio de urgencias | 1. Realizar el triaje más exigente. | Se diligencia el triaje a cada paciente por el médico de turno | Se evidencia el formato hoja de triaje y signos vitales totalmente diligenciado. | cumple | |
| | 2. Programar de manera adecuada de turnos. | Se elabora un cuadro de turnos | Se evidencia cuadros de programación de turnos del personal asistencial del subproceso de urgencias de los meses de enero a noviembre de 2015 | cumple | |
| | 3. Simplificar formatos de Urgencias. | se utilizan los formatos aprobados por gestión de calidad | se evidencia los formatos aprobados por gestion de calidad | cumple | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|--|---|-----------|--|
| Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos del servicio | 1. Socialización y resocialización de guías, protocolos, | Se realiza socialización de las guías y protocolo. | Se evidencia socialización de protocolo de administración de medicamentos y aspiración de secreciones con fecha 02-02-2015, protocolo de transporte de paciente referencia y contrareferencia con fecha 19-02-2015, guía de lavados de manos protocolo código rojo, azul y carro de paro con fecha 15-01-2015, guía de cuidado de enfermería en la adaptación neonatal limpieza y curación de heridas con fecha 29-01-2015, socialización de la ruta de atención de víctimas de violencia sexual y protocolo de salud mental con fecha 20-01-2015 | cumple | |
| | 2. Solicitar Auditorías de Calidad al proceso. | no se ha realizado | no se evidencia auditorias | no cumple | |
| | 3. Evaluar al personal la adherencia a guías y protocolos del proceso. | no se ha realizado | no se evidencia evaluación | no cumple | |
| Posible Ocurrencia de eventos adversos | 1. Realizar auditorías de calidad al proceso. | Se realiza seguimiento de los eventos adversos | Se evidencia formato de incidentes de accidentes y eventos adversos, de enero a noviembre de 2015 | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| No facturación del Servicio de Urgencia por amiguismo ó favores personales. | 1. Solicitar al proceso de talento humano resocialización código de ética a funcionarios del proceso | Se realizo socialización y resocialización del código de ética y buen gobierno | Se evidencia socialización y resocialización del código de ética y buen gobierno con fecha 29 de noviembre de 2015 | cumple | |
| Posible hurto de los insumos ó medicamentos. | | | | | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

Nit 900.034.131-8

| | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|--------|--|
| Posible pérdida de las pertinencias de los usuarios atendidos | 1. Diseñar formato para entrega y recibo de pertenencias de los usuarios del servicio a familiares. | se diligencia formato URG-FO-004 | se evidencia formato cadena de custodia el cual es manejado en dicho servicio. | cumple | |
| | 2. Solicitar a la líder del proceso de calidad, la aprobación del formato. | Formato debidamente aprobado | Se evidencia formato aprobado por el Sistema Integrado de gestión. | cumple | |

LABORATORIO CLINICO:

Para este seguimiento el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción maneja doce (12) riesgos, de los cuales tres (03) no aplican para este seguimiento, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 88,88% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|---|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Deterioro de insumos | 1. Solicitar adecuación del area física de almacenamiento. | Instalaciones adecuadas para el funcionamiento | | N.A. | |
| | 2. Registro diario de temperatura, seguimiento al mantenimiento y limpieza del area, actualización de kardex. | Se realiza seguimiento a la temperatura diaria | se evidencia formato diario de temperatura de neveras y temperatura ambiente, se evidencia el kardex en medio magnetico de los meses de enero, febreo y marzo | cumple | |
| | 3. Solicitar mantenimiento en las neveras. | Se realiza solicitud a subgerencia administrativa | Se evidencia correo electrónico a la subgerencia administrativa | cumple | según programación de cronograma de mantenimientos |
| Resultados erróneos | 1. Socialización de manuales y protocolos, calibración de equipos, seguimiento de kardex. | | | N.A. | no se ha realizado socialización |
| Inapropiado seguimiento a manuales y potocolos | 1. Actualización de manuales y | | | N.A. | No estan aprobados por gestión de calidad |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--|--|---|-----------|--|
| | 2. Listar la documentación faltante por documentar | Se estan utilizando los formatos aprobados por el Sistema Integrado de Gestión. | Manifiesta no necesitar más formatos de los aprobados por la cantidad de servicios que presta. | cumple | |
| | 3. socialización y verificación de los mismos. | Se realizo socializacion de los formatos | Se evidencia en medio magneticos todos los formatos y protocolos socializados | cumple | |
| eventos adversos | 1. registro de los eventos presentados en el proceso | Se registra en el formato de eventos adversos y seguimiento a riesgos | Se evidencia registro de los eventos adversos en el formato aprobado de los meses enero, febrero y marzo, se presento un evento adverso para el mes de enero de 2015. | cumple | |
| | 2. capacitacion al personal | No se ha realizado socialización. | No se evidencia soportes que acrediten el desarrollo de esta actividad. | No cumple | |
| Inoportunidad en la prestación de servicios de laboratorio | 1. solicitud oportuna de insumos. | Se realiza requerimientos de insumos de manera integral con los demas procesos y subprocesos. | Se evidencia correos electrónicos al subproceso de gestión almacén y recursos físicos | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| realizar exámenes sin facturación | Verificación diaria de facturación. | Se realiza seguimiento en libro de registro diario de atención de pacientes de consulta externa. | Se evidencia libro en donde se observa los exámenes solicitados, y formato de solicitud de exámenes, debidamente facturados. | cumple | |
| venta de insumos para lucro personal | Seguimiento del kardex | Se realiza seguimiento de forma mensual | Se evidencia kardex actualizados de las entradas y salidas de insumos del subprocesos de laboratorio | cumple | |

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

En el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se contemplan cinco (05) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, se evidencia un cumplimiento del 100% para este cuatrimestre.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|--|--|--------------|---------------------------------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Demora en el traslado de pacientes (Búsqueda y remisión) | 1. Simplificar el trámite del acceso del servicio. | Cuando el paciente ingresa se realiza valoración inicial del medico, se diligencia formato solicitud de remision de paciente, y formato de referencia y contrareferencia para posterior traslado | se evidencia formato de solicitud del paciente, formato de referencia y contrareferencia, hoja de triage y de signos vitales | Cumple | |
| | 2. Eliminar el triage de pacientes remitidos. | | | N.A. | ajustar para el siguiente seguimiento |
| | 3. Crear y socializar el protocolo de remisiones, anticipación de pacientes y preparación de unidad en centro receptor. | Se realizo socializacion de protocolo | Protocolo de transporte de paciente referencia y contrareferencia con fecha 19-02-2015 | Cumple | |
| | 4. Priorización de facturación de pacientes a remitir. | Se verifica los documentos para la remisión, autorización de la EPS, verificación del fosiya, se traslada el paciente y posteriormente se realiza la facturación | Se evidencia remisión con los siguientes documentos con fecha 06-12-2015, formatos de rips procedimiento, formato de atención de urgencias, registro de administración de medicamentos, formato de solicitud del paciente, formato de referencia y contrareferencia. | Cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| No cobro del servicio por favores personales ó a terceros. | 1. Realizar seguimiento que los servicios prestados hayan sido efectivamente cobrados. | Se realiza seguimiento cada fin de mes, de lo facturado, con los servicios prestados | Se evidencia las remisiones vs las facturas. | Cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

GESTION FARMACIA:

En el siguiente Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se encontraron once (11) riesgos de los cuales se evidencia que cuatro (04) de ellos no aplican para este seguimiento, se observa un de cumplimiento del 85,7%, así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|--|--|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega medicamento erróneo ó vencidos | 1. Evaluar continuamente adherencia a protocolos, procedimientos del proceso. | Se consulta continuamente el protocolo | Se evidencia los protocolos y procedimientos en medio físico | Cumple | |
| | 2. Actualización de la documentación del proceso. 3. Aplicar el instructivo de baja de medicamentos | se utiliza la documentación aprobada por el sistema de gestión de calidad. | Se evidencia la adherencia de la documentación aprobada por calidad de los formatos que actualmente se utilizan | Cumple | |
| Oportunidad en la entrega de medicamentos y DM | 1. Dar aplicabilidad al programa de tecnico vigilancia, y reactivovigilancia | Se realiza vigilancia por parte del lider del proceso | Se evidencia la inscripción al programa farmacovigilancia y tecnicovigilancia aprobado por la UAESA, se evidencia la utilización de los manuales del programa de farmacovigilancia y tecnico vigilancia aprobados por el sistema integrado de gestión de la entidad. | Cumple | |
| | 2. Realizar seguimientos a programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia. | No se esta realizando seguimiento al programa de farmacovigilancia | No se evidencia soporte que acredite el desarrollo de esta actividad | No cumple | |
| Inadecuada adherencia a las guías y protocolos | 1. Actualizar guías Evaluaciones Capacitaciones | | | N.A. | se encuentran en proceso de aprobacion |
| | 2. Solicitar Seguimiento a planes de mejora | | | N.A. | A la fecha del seguimiento no se han realizado planes de mejoramiento |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--------|--|
| Compra de Insumos, DM y medicamentos proximos a vencer | 1. Hacer lista de chequeo de lo recibido, corrección | se realiza comprobante de ingreso, acta de entrega, acta de recepcion tecnica, verificando informacion acorde con los manuales y procedimientos | se evidencia comprobante de ingreso N° 11, actas de recepcio tecnica en medio magnetico | Cumple | |
| | 2. Informe a la ESE de las inconsistencias | | | N.A. | no se han presentado inconcistencias |
| Entrega de medicamentos y DM sin facturar | 1. Verificación de la facturación de los servicios del proceso. | Se realiza previa facturación antes de entrega de medicamentos | Se evidencia orden médica debidamente facturada | Cumple | |
| Compra de medicamentos con sobre costos | Realizar evaluaciones en tiempos adecuados, retroalimentación con el proveedor y con las sedes hospitalarias que reportaron inconformidades frente a los Insumos, DM, y Medicamentos Formatos Adecuados | | | N.A. | realizar ajuste para el proximo seguimiento. |
| Entrega inoportuna de los pedidos de Insumos, DM, y medicamentos | Hacer prestamos con la red de hospitales de la ESE o del Departamento | Se realiza rotación de medicamentos | Se evidencia formato de rotación de medicamentos del mes de octubre de 2015 | Cumple | |

APOYO LOGISTICO:

Para este primer seguimiento al Mapa de Riesgo se encontraron once (11) riesgos, dos (03) de ellos no aplican, y el restante se evidencia un porcentaje del 100 % de cumplimiento así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|---|--|---|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible contaminación por EPP | 1. Resocialización de las guias y protocolos del proceso. | | | N.A. | no se han aprobado guias y protocolos para este proceso |
| | 2. Garantizar el suministro oportuno de EPP e insumos necesarios para garantizar la protección de los hospitales a la | Se realiza solicitud al subproceso de almacen y recursos fisicos | Se evidencia solicitud en medio electrónico al proceso gestión ambiental de los epp para el personal de este hospital | cumple | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|---|--|--------|--|
| | sede central. | | | | |
| | 3. Verificación del cumplimiento del plan de adquisiciones de la vigencia. | Se realiza registro de entradas de epp y material de aseo | Se evidencia entrega parcial de elementos de aseo y epp, se evidencia entradas en los kardex de aseo de los meses de enero a julio en donde hubo lugar | cumple | |
| Incumplimiento de los protocolos aseo y desinfección de las áreas | elaboración y cumplimiento de los planes de compra | Se realiza solicitud de necesidades trimestral y anualmente | Se evidencia el plan de necesidades del primer y segundo trimestre | cumple | |
| alta concentración de olores contaminantes | 1. instalación de ventilación mecánica. | Se encuentra en área semi cerrada | Se observa buena ventilación en el área de lavandería | cumple | |
| Accidente laboral por elementos cortopunzantes en las diferentes áreas y/o Accidente laboral por mal manejo de equipos industriales | 1. Resocialización de los protocolos de manejo de los RH- | Se diligencia formato de RH | Se evidencia soportes de socialización con fecha 09/04/2015 | cumple | |
| | 2. Elaborar panorama de riegos insituacional | | | N.A. | no se ha realizado la aprobación |
| | 3. capacitación al nuevo personal | Se realiza capacitación al personal de servicios generales | Se evidencia socialización del manual de bioseguridad. | cumple | |
| Incumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos industriales y zonas verdes | 1. elaboración y cumplimiento de los planes de compra | Dicha actividad se desarrolla de acuerdo a los cronogramas de trabajo | Se evidencia cronograma de mantenimiento de zonas verdes, y mantenimiento de equipos industriales | cumple | Se evidencia cumplimiento del cronograma de zonas verdes y visitas de mantenimientos de equipos industriales |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Perdida de insumos de aseo por mal manejo o por hurto | entrega controlada de los insumos | se realiza registro y control de entrega de insumos | se evidencia registro de la entrega con recibido de los insumos a las distintas áreas | cumple | |
| bajo nivel de seguridad en las instalaciones | capacitación a personal de vigilancia | | | N.A. | Ajustar esta actividad ya que este servicio se maneja a través de una empresa de vigilancia privada |

HISTORIAS CLINICAS:

En el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se contemplan cuatro (04) riesgos, lográndose un cumplimiento del 50 % así:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|--|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas | 1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas | | Se evidencia varias secciones para el manejo del archivo de historias clínicas que no cumple con lo establecido por ley. | no cumple | El area no es adecuado para este tipo de servicio. el area no cumple con lo establecido por la ley |
| | 2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas. | Se realiza cronograma para la depuración de historias clínicas | Se evidencia cronograma para la depuración de historias clínicas | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales | 1. Capacitación al personal asistencial en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales. | no se realizado | no se evidencia socializacion o capacitaciones | no cumple | queda programado el cumplimiento para el próximo seguimiento. |
| | 2. Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas. | se realiza restricción | se evidencia custodia de las historias clínicas bajo llave, además se observa letrado solo personal autorizado | cumple | |

ANALISIS DEL SEGUIMIENTO

De la auditoria realizada al centro de salud Juan de Jesús Coronel de Puerto Jordan se concluye que los servicios con porcentajes mas bajos de cumplimiento son, dirección, laboratorio clínico, hospitalización, e historia clínica, como lo muestra la siguiente grafica.

El promedio de cumplimiento para este seguimiento fue del 71%.

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca



CENTRO DE SALUD DE PANAMA DE ARAUCA

DIRECCION:

El mapa de riesgos administrativo y de corrupción contemplan ocho (08) riesgos, de los cuales se evidencia que dos (02) no aplican, lográndose un cumplimiento del 100% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|--|---|--|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega Inoportuna de Informes | 1. Conciliar la información con las áreas de estadísticas y facturación. | Se realiza macro comité con todos los procesos de los meses de enero a noviembre 2015 | Se evidencia actas de los macrocomites realizados | cumple | |
| | 2. Realizar seguimiento en las fechas de entrega de informes | Se realiza por medio de correo electrónico | se evidencia correos electrónicos | cumple | |
| | 3. Concientizar al personal de la entrega de la información confiable a la sede central y entes de control respectivos | capacitación al personal asistencial y administrativo | se evidencia segunda socialización con fecha 16 de diciembre de 2015 | cumple | |
| Toma de decisiones erradas | 1. Definir responsabilidades en la retroalimentación de la información. | | | N.A | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|---|--|--------|---|
| | 2. Establecer canales de comunicación de la red Hospitalaria a la sede central y viceversa. | Los medios de comunicación de este centro son el correo institucional, medio telefonico y radio de comunicaciones | Se evidencia lineas telefonicas institucionales, correos institucionales, correo certificado | cumple | |
| Posible falta en la gestión administrativa. | 1. Solicitud de asesoría para formulación de POA, articulados con la Planeación Estratégica de la entidad. | | | N.A | para este año no se ha presentado ninguna asesoría. |
| | 2. Redefinición de compromisos en los acuerdos de gestión. | | | N.A | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| clientelismo y favorecimiento a terceros | aplicación de la legislación vigente | Se realiza el servicio con su debida facturación. Se verifica las actividades Vs contrato | Se evidencias servicios facturados. Se evidencia certificaciones con previa revisión de visto bueno de la coordinadora | cumple | |

CONSULTA EXTERNA:

En la herramienta del mapa de riesgos administrativo y de corrupción se contemplan doce (12) riesgos, con un cumplimiento del 91.67% de la siguiente forma:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|--|---|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posibles dificultades para la atención de los usuarios | 1. Establecer horario para facilitar la programación del Mantenimiento Preventivo / Correctivo | Programación de visitas por medio de cronograma | Se evidencia cronograma de visitas para mantenimiento de equipos para el mes de octubre de 2015, realizaron calibración y mantenimiento preventivo. | cumple | |
| | 2. Reporte inmediato de fallas de equipos. | Reportar a la sede central oficio de fallas de equipos biomedicos | Se evidencia reporte de las fallas de equipos biomedicos de forma electronica | cumple | se reviso correo institucional del coordinador |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|--|---|-----------|--|
| | 3. Verificación de cumplimiento de turnos programados. | Según cronograma de turno | Se evidencia cuadro de turnos y se verifico la asistencia del personal en servicio | cumple | |
| | 4. Solicitar a subgerencia de salud y coordinador de facturación la contratación de servicios a prestar a cada una de las EPS | Solicitud de la contratación de las diferentes EPS | Se evidencia copias en medio magnetico y fisico de los contratos con los diferentes EPS | cumple | |
| Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos | 1. Socialización de guías y protocolos institucionales. | socializar con el personal las guías y protocolo institucionales | se evidencia circular nº 009 de 19 de febrero de 2015, programación de la socialización de las guías de atención integral de los programas de pyp, de las cuales a la fecha están cumplidas al 100%. Se evidencia listado de asistencia de instructivo de atención pre y pos consulta, procedimiento de asignación de citas, procedimiento de atención de consulta externa, protocolo de transporte de paciente, guía de oxigenoterapia, guía de toma de EKG, guía de control de signos vitales, guía de remisión interna de pacientes, protocolo de pérdida de los pacientes, protocolo de lavado de manos, protocolo de reanimación cardiopulmonar básica | cumple | |
| | 2. Realizar evaluaciones periódicas | No se realiza evaluaciones | No se evidencia seguimiento o evaluaciones a las guías o manuales de procedimientos después de socializadas | no cumple | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|--|--|--------|--|
| Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos. | 1. Actualización de la documentación del proceso. | Formatos aprobados por el sistema integrado de gestión | Se evidencia formato aprobado por el sistema integrado de gestión, no se han presentado eventos adversos. | cumple | |
| | 2. Seguimiento a eventos adversos del proceso. | Se realiza comité mensual de eventos adversos | No se evidencia reporte de eventos adversos. | cumple | |
| Bajo nivel de satisfacción en el servicio por parte de usuarios. | 1. Capacitaciones de atención | Se programan cinco capacitaciones cada mes | Se evidencia registro de asistencia a las capacitaciones impartidas por la jefe de consulta externa de enero a noviembre de 2015 | cumple | |
| | 2. Solicitud de Mantenimiento de equipos de manera oportuna | Reporte de indicador de satisfacción al usuario | Se evidencia el indicador de gestión, % de satisfacción del usuario de los meses de enero a noviembre, se manifiesta que en el mes de julio se reporto por debajo de la meta establecida de 80%, los otros meses se encuentran por encima de la meta establecida | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| No cobro del servicio por amiguismo ó favores politicos | 1. Verificación que el servicio prestado, efectivamente se haya cobrado | Se realiza conciliación entre producción y facturación | Se evidencia factura de la prestación del servicio de CALETH SANTIAGO CARRILLO ALVARES | cumple | |
| Asignación de citas por amiguismo o favores personales ignorando el orden de atención por llegada. | 1. Solicitar auditorías administradores de hospitales ó centros de salud y seguimiento continuos. | Se realiza de manera personal y en orden de llegada, dando prioridad a la norma de taquilla preferencial | se evidencia asignación de citas en medio magnetico y en su respectivo carnet | cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

URGENCIAS:

En el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se contemplan diez (10) riesgos, con un cumplimiento de 90 % así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|---|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Demora en la prestación del servicio de urgencias | 1. Realizar el triaje más exigente. | Se diligencia el triaje a cada paciente por el medico de turno | se evidencia el formato hoja de triaje y signos vitales totalmente diligenciado | cumple | |
| | 2. Programar de manera adecuada de turnos. | se elabora un cuadro de turnos | se evidencia cuadros de programación de turnos del personal asistencial del area de urgencias de los meses de enero a noviembre de 2015 | cumple | |
| | 3. Simplificar formatos de Urgencias. | se realiza en los aprobados por gestion de calidad | Se revisa historia clinica de urgencias en la cual se evidencia diligenciamiento en los formatos aprobados por el sistema integrado de gestión ROBERTO JAIMES CARRILLO 13/12/15 | cumple | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|-----------|--|
| Inadecuada Adherencia a las guías y protocolos del servicio | 1. Socialización y resocialización de guías, protocolos, | se capacita al personal | se evidencia listado de asistencia de guía administración de medicamentos, guía de cateterismo vesical, guía de control de líquidos administrados y eliminados, guía de inserción de cateter venoso periférico, guía oxígeno terapia, guía EKG, guía de inserción de retiro de sonda nasogastrica, guía de monitorero y control de signos vitales, guía de reanimación cardiopulmonar, guía de lavado gástrico, guía de toma de muestra para laboratorio, protocolo de limpiezas de heridas y curaciones, protocolo para lavado de manos, protocolo de caída, protocolo de referencia y contrareferencia, protocolo de transporte de paciente, código rojo | cumple | |
| | 2. Solicitar Auditorías de Calidad al proceso. | se realizó visita de gestión de calidad y garantía de calidad | se realizó visita de gestión de calidad y garantía de calidad | cumple | |
| | 3. Evaluar al personal la adherencia a guías, protocolos del proceso. | no se ha realizado | no se evidencia registros | no cumple | |
| Posible Ocurrencia de eventos adversos | 1. Realizar auditorías de calidad al proceso. | se realiza seguimiento de los eventos adversos | se evidencia formato de incidentes de accidentes y eventos adversos, de enero a noviembre de 2015. | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|--------|--|
| No facturación del Servicio de Urgencia por amiguismo ó favores personales. | 1. Solicitar al proceso de talento humano resocialización código de ética a funcionarios del proceso | Capacitación al personal | se evidencia socialización del código de ética | cumple | |
| Posible hurto de los insumos ó medicamentos. | | | | | |
| Posible pérdida de las pertinencias de los usuarios atendidos | 1. Diseñar formato para entrega y recibo de pertenencias de los usuarios del servicio a familiares. | se diligencia formato URG-FO-004 | se evidencia formato cadena de custodia. | cumple | |
| | 2. Solicitar a la líder del proceso de calidad, la aprobación del formato. | formato debidamente aprobado | Se Evidencia aprobación por el sistema integrado de gestión de la entidad. | cumple | |

LABORATORIO CLINICO:

El Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción contempla doce (12) riesgos, de los cuales se evidencia tres (03) riesgos no aplican para este seguimiento, se evidencia un porcentaje de cumplimiento del 87.5% así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--------------------------------|--|---|---|--------------|---------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Deterioro de insumos | 1. Solicitar adecuación del área física de almacenamiento, | Se evidencia adecuación del laboratorio, se separó la toma de muestra con el laboratorio. | Se evidencia el área de laboratorio y área para la toma de muestras debidamente separadas | cumple | |
| | 2. registro diario de temperaturas, seguimiento al mantenimiento y limpieza del área, actualización de kardex. | Se realiza seguimiento de temperaturas | Se evidencia registro control de temperatura congelador, inventario reactivo de nevera, control de temperatura termohigrometro, control de temperaturas nevera todos en los formatos aprobados por el sistema integrado de gestión de la entidad. | cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--|---|---|--------|--|
| | 3. Solicitar mantenimiento en las neveras. | Se realiza de acuerdo al cronograma de mantenimiento | Se evidencia hoja de vida de los equipos industriales en el que muestra dos mantenimientos a la nevera con fecha 26/05/2015 y 26/07/2015 y se realizo ultimo mantenimiento el dia 17 de diciembre de 2015 | cumple | |
| Resultados erróneos | 1. socializacion de manuales y protocolos, calibracion de equipos, seguimiento de kardex | | | N.A | |
| inapropiado seguimiento a manuales y potocolos | 1. actualizacion de manuales y | Actualizacion de manuales | Se evidencia carpeta con todos los manuales actualizados | cumple | |
| | 2. Listar la documentación faltante por documentar | Se estan utilizando los aprobados por gestión de calidad | Se evidencia la utilización de los formatos. | cumple | |
| | 3. socializacion y verificacion de los mismos | Se realizo socialización de los formatos | Se evidencia en medio magnetico todos los formatos y protocolos socializados. | cumple | |
| eventos adversos | 1. registro de los eventos presentados en el proceso | Se realiza seguimiento de los eventos adversos | Se evidencia formato detención y gestión de eventos adversos, de los meses de enero a noviembre de 2015 | cumple | |
| | 2. capacitacion al personal | conocimiento de la persona encargada de laboratorio | Se evidencia debido diligenciamiento del formato por la persona encargada de llevar los eventos adversos en este proceso | cumple | |
| Inoportunidad en la prestacion de servicios de laboratorio | 1. solicitud oportuna de insumos. | se realiza requerimientos de insumos de manera integral con las demas areas | se evidencia correos electrónicos al area de gestión almacen y recursos físicos | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---|--------|--|
| realizar exámenes sin facturación | Verificación diaria de facturación. | se realiza examen con su factura adjunta | Se evidencia examen con orden medica y su respectiva factura Nro. 625780c | cumple | |
| venta de insumos para lucro personal | seguimiento del kardex | Se realiza seguimiento mensual | Se evidencia kardex actualizados de las entradas y salidas de insumos de laboratorio de enero a noviembre de 2015 | cumple | |

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

En el seguimiento realizado al Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se evidenciaron cinco (05) riesgos, de los cuales uno (01) no aplica para este seguimiento, alcanzándose un cumplimiento del 75%.

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|---|--|--------------|---------------------------------------|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Demora en el traslado de pacientes (Búsqueda y remisión) | 1. Simplificar el trámite del acceso del servicio. | Cuando el paciente ingresa se realiza valoración inicial del medico, se diligencia formato solicitud de remisión de paciente, y formato de referencia y contrareferencia para posterior traslado. | Se evidencia formato de solicitud del paciente, formato de referencia y contrareferencia, hoja de triage y de signos vitales | Cumple | |
| | 2. Eliminar el triage de pacientes remitidos. | | | N.A. | Ajustar para el siguiente seguimiento |
| | 3. Crear y socializar el protocolo de remisiones, anticipación de pacientes y preparación de unidad en centro receptor. | Se realiza capacitación | Se evidencia listado de asistencia a protocolo de referencia y contrareferencia, transporte de paciente. | Cumple | |
| | 4. Priorización de facturación de pacientes a remitir. | Se verifica los documentos para la remisión, hoja de misión médica, hoja de referencia y contrareferencia, triage, hoja de signo vitales, verificación del fosiya, se traslada el paciente y posteriormente se realiza la facturación | Se evidencia documentos necesarios para el traslado y su facturación | Cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|--|--|--|------------|--|
| No cobro del servicio por favores personales ó a terceros. | 1. Realizar seguimiento que los servicios prestados hayan sido efectivamente cobrados. | No se realiza facturación de las remisiones cuando el médico no esta en el servicio. | Manifiestan que las remisiones cuando no hay medico no se facturan | no cumplen | |
|--|--|--|--|------------|--|

GESTION FARMACIA:

En dicha herramienta se evidencian once (11) riesgos de los cuales cuatro (04) de ellos no aplican para este seguimiento, lográndose un cumplimiento del 71,42%.

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|--|---|--|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Entrega medicamento erróneo ó vencidos | 1. Evaluar continuamente adherencia a protocolos, procedimientos del proceso. | Se consulta continuamente los manuales y procedimientos | Se evidencia los protocolos y procedimientos en medio magnético. | cumple | |
| | 2. Actualización de la documentación del proceso. 3. Aplicar el instructivo de baja de medicamentos | Se utilizan la documentación aprobada por el sistema integrada de gestión. | Se evidencia la adherencia de la documentación aprobada por calidad de los formatos que actualmente se utilizan | cumple | se revisa adherencia de documentación manejada por el proceso de gestión farmacia. |
| Oportunidad en la entrega de medicamentos y DM | 1. Dar aplicabilidad al programa de tecnico vigilancia, y reactivovigilancia | Se realiza vigilancia por parte del lider del proceso | Se evidencia la inscripción al programa farmacovigilancia y tecnicovigilancia aprobado por la UAESA, se evidencia la utilización de los manuales de programa de farmacovigilancia y técnico vigilancia aprobados por el sistema integrado de gestión. | cumple | se evidencia la inscripción al programa farmacovigilancia |
| | 2. Realizar seguimientos a programas de farmacovigilancia y tecnicovigilancia. | No se realiza seguimiento | No se evidencia soportes que acrediten el desarrollo de dicha actividad | no cumple | |
| Inadecuada adherencia a las guías y protocolos | 1. Actualizar guías Evaluaciones Capacitaciones | Se evidencia carpeta entregada por el proceso de gestión calidad en donde contiene las respectivas guías y protocolos del proceso. | Se evidencia instructivo de semaforización, instructivo recepción técnica, manual de manejo de farmacia y programas de farmacovigilancia y tecnicovigilancia | no cumple | se encuentra en proceso de aprobación por garantía de la calidad |

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| | | | | | |
|--|---|---|--|--------|---|
| | 2. Solicitar Seguimiento a planes de mejora | | | N.A. | no se han realizado planes de mejoramiento |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Compra de Insumos, DM y medicamentos proximos a vencer | 1. Hacer lista de chequeo de lo recibido, corrección | Se realiza comprobante de ingreso, acta de entrega, acta de recepción técnica, verificando información acorde con los manuales y procedimientos | Se evidencia recepción técnica de los medicamentos entrantes, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2015 | cumple | |
| | 2. Informe a la ESE de las inconsistencias | | | N.A. | no se han presentado inconcistencia |
| Entrega de medicamentos y DM sin facturar | 1. Verificación de la facturación de los servicios del proceso. | Se realiza previa facturación antes de entrega de medicamentos. | Se evidencia orden médica debidamente facturada. | cumple | se realiza entrega de medicamentos al servicio de urgencias y al proceso de pyp |
| Compra de medicamentos con sobre costos | Realizar evaluaciones en tiempos adecuados, retroalimentación con el proveedor y con las sedes hospitalarias que reportaron inconformidades frente a los Insumos, DM, y Medicamentos Formatos Adecuados | | | N.A. | realizar ajuste para el proximo seguimiento |
| Entrega inoportuna de los pedidos de Insumos, DM, y medicamentos | Hacer prestamos con la red de hospitales de la ESE o del Departamento | Se realiza rotación de medicamentos | Se evidencia formato de rotación de medicamentos de los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2015 | cumple | |

APOYO LOGISTICO:

En el mapa de riesgos administrativo y de corrupción se contemplan once (11) riesgos, evidenciándose que dos (02) de ellos no aplican, lográndose un cumplimiento del 87,5% así:

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|--------------|---|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible contaminación por EPP | 1. Resocialización de las guías y protocolos del proceso. | | | N.A. | no se han aprobado guías y protocolos para este proceso |
| | 2. Garantizar el suministro oportuno de EPP e insumos necesarios para garantizar la protección de los hospitales a la sede central. | Se realiza solicitud al proceso de almacen y recursos físicos | Se evidencia solicitud en medio electrónico al proceso gestión ambiental de los epp para el personal de este hospital | cumple | |
| | 3. Verificación del cumplimiento del plan de adquisiciones de la vigencia. | Se realiza registro de entradas de epp y material de aseo. | Se evidencia entrega parcial de elementos de aseo y epp, se evidencia entradas en los kardex de aseo de los meses de enero a julio respectivamente. | cumple | |
| Incumplimiento de los protocolos aseo y desinfección de las áreas | elaboración y cumplimiento de los planes de compra | Se realiza solicitud de necesidades trimestral y anualmente | Se evidencia el plan de necesidades del primer y segundo trimestre del año. | cumple | |
| alta concentración de olores contaminantes | 1. instalación de ventilación mecánica. | Se encuentra en área semi cerrada | se observa buena ventilación en el área de lavandería | cumple | |
| Accidente laboral por elementos cortopunzantes en las diferentes áreas y/o Accidente laboral por mal manejo de equipos industriales | 1. resocialización de los protocolos de manejo de los RH- | Se diligencia formato de RH | No se evidencia socialización de los foráneos de RH. | no cumple | |
| | 2. Elaborar panorama de riegos insituacional | | | N.A. | no se ha realizado la aprobación |
| | 3. capacitación al nuevo personal | Se realiza capacitación al personal de servicios generales. | Se evidencia socialización del manual de bioseguridad | cumple | |
| Incumplimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos industriales y zonas verdes | 1. elaboración y cumplimiento de los planes de compra | Las actividades se desarrollan de acuerdo a los cronogramas de trabajo. | Se evidencia cronograma de mantenimiento de zonas verdes, y mantenimiento de equipos industriales | cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|--------|--|
| Perdida de insumos de aseo por mal manejo o por hurto | entrega controlada de los insumos | Se realiza registro y control de entrega de insumos | Se evidencia registro de la entrega con recibido de los insumos a las distintas areas, de los meses de enero a julio de 2015 | cumple | |
| bajo nivel de seguridad en las instalaciones | capacitación a personal de vigilancia | | | N.A. | Ajustar para el próximo seguimiento, ya que este servicio esta contratado con una empresa de vigilancia privada. |

HISTORIAS CLINICAS:

En el Mapa de Riesgos administrativo y de corrupción se manejaron cuatro (04) riesgos, de los cuales se evidencia un porcentaje del 50 % así:

| RIESGOS | ACCIONES PROGRAMADAS | ACCIONES REALIZADAS | EVIDENCIAS | CUMPLIMIENTO | OBSERVACIONES |
|---|--|--|---|--------------|--|
| RIESGOS ADMINISTRATIVOS | | | | | |
| Posible Pérdida y deterioro de historias clínicas | 1. Verificar que los archivos tanto central como por áreas cumpla con las características y condiciones adecuadas | El area no es adecuada para el funcionamiento de archivo | No cumple con los lineamientos de norma. | No cumple | el area de archivo de historias clínicas no es la adecuado para este servicio. |
| | 2. Establecer cronograma depuración de historias clínicas. | Se realiza 100 historias clínicas mensuales. | Se evidencia libro donde se registra las historias clínicas depuradas de los meses de enero a noviembre de 2015 total de historias depuradas 1700 | Cumple | |
| RIESGOS DE CORRUPCION | | | | | |
| Posible quebranto a la custodia, confidencialidad de las historias clínicas de los pacientes a solicitud de terceros o intereses personales | 1. Capacitación al personal asistencial en manejo y custodia de las Historias clínicas y documentos médico legales. | no se ha realizado | no se evidencia soportes que acrediten la realización de dicha actividad. | No cumple | |
| | 2. Diseñar mecanismos en la red Hospitalaria que permitan restringir y controlar el acceso a las historias clínicas. | El area no es adecuada para el funcionamiento de archivo | Se evidencia que el subproceso no cuenta con puerta, lo cual impide llevar un control adecuado al acceso a dicho subproceso | No cumple | |

“Comprometidos con el bienestar de nuestra gente”

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

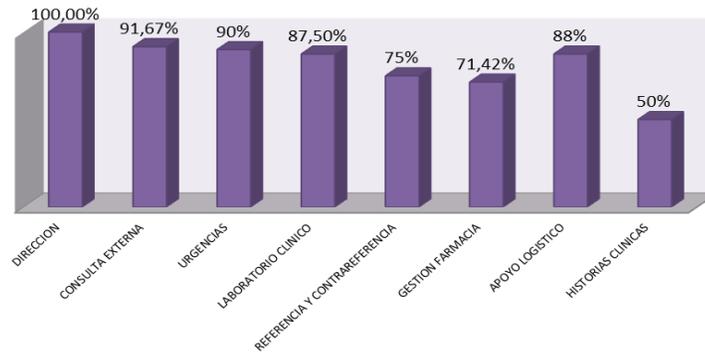
E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

ANALISIS DEL SEGUIMIENTO

Teniendo en cuenta la auditoria realizada al mapa de riesgos administrativo y de corrupción del centro de salud de panamá a los procesos y subproceso se concluye que los sevicios con el porcentaje mas bajo es historias clínicas, así mismo se logra un cumplimiento global del 82%.

% de cumplimiento seguimiento mapa de riesgos administrativos y de corrupción



"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

RECOMENDACIONES

De acuerdo al procedimiento de auditoría realizado al Mapa de riesgos administrativo y de corrupción en la red hospitalaria, se presentan las siguientes recomendaciones:

1. Dar continuidad a la aplicación de las acciones programadas para contribuir a mitigar los riesgos existentes en cada proceso o subproceso que conforman la entidad.
2. Se hace necesario que en el procedimiento que se realice en la inducción y empalme de entrega de los cargos se socialice las herramientas como mapas de riesgos, plan anticorrupción y demás que se desarrollen en los procesos y subprocesos de la entidad, con el fin que el nuevo personal conozca las herramientas de seguimiento y control implementadas por la entidad a su vez aporten al cumplimiento y desarrollo de las actividades programadas, como al logro de los objetivos y metas institucionales.
3. Realizar socializaciones de forma periódica a la documentación de los procesos y subprocesos como caracterización, manual de procesos y procedimientos, guías, protocolos y formatos, con el fin de aportar al proceso de evolución del sistema integrado de gestión de la entidad.
4. Realizar de manera periódica evaluaciones a la adherencia de la documentación de los procesos y subprocesos de la entidad, aportando al mejoramiento continuo y a la satisfacción de los usuarios que requieren los servicios prestados por la entidad.
5. Dejar soportes técnicos de listas de asistencia, registro fotográfico, material didáctico utilizado en el desarrollo de las capacitaciones y socializaciones realizadas por los procesos y subprocesos de la entidad, anexándose al expediente que corresponda.
6. Se hace necesario que los procesos y subprocesos de la entidad realicen los ajustes pertinentes a los riesgos identificados y/o acciones programadas con el fin de que estos estén acordes con las actividades desarrolladas en los mismos.
7. Se recomienda realizar las socializaciones y resocializaciones de los diferentes manuales, protocolos y guías de los diferentes procesos y subprocesos de la red hospitalaria, con el objeto de dar cumplimiento y actualizar dicha información.
8. Realizar revisiones permanentes a las herramientas de seguimiento y medición establecidas por la entidad, lo cual aporta a la cultura de autocontrol y autoevaluación de los procesos y subprocesos de la entidad.
9. Se debe realizar copia o Backups de la información correspondiente a los soportes técnicos manejados por medio electrónico y/o magnético como mecanismo de preservación de la información, garantizando la permanencia de la información que se genere.
10. Se recomienda utilizar los formatos del sistema integrado de gestión teniendo en cuenta la aprobación y versión en cada uno de los procesos y subprocesos de la red hospitalaria.

"Comprometidos con el bienestar de nuestra gente"

Calle 21 No.20-14 Parque Principal Tef: 8857915 – 8857916

E-mail: gerencia@esemorenoyclavijo.gov.co

Arauca - Arauca

11. Se recomienda aplicar la ley 594/2000 (ley general de archivo) y demás norma aplicable ya que se evidencia el desarrollo de acciones las cuales no se encuentran soportadas técnicamente, la aplicación de esta normatividad contribuirá a organizar los archivos de gestión a su vez a mantener los soportes necesarios para dar cumplimiento a dichas herramientas exigidas por la norma.
12. Se hace necesario articular la herramienta del mapa de riesgos administrativo y de corrupción con el mapa de procesos con el fin de manejar la misma estructura aportando de esta forma a la evolución del sistema integra de gestión de la entidad.

Debemos tener en cuenta que realizando la valoración del riesgo le permite a la entidad emprender acciones inmediatas de respuesta ante ellos a través del diseño de políticas y la aplicación de acciones tendientes a evitar, reducir y transferir los riesgos presentados en los diferentes procesos y subprocesos de la entidad.

Atentamente,



LIDIA MARICELA ORTIZ HERNÁNDEZ

Asesora de Control Interno
Gestión Integral de Control

Elaboró y Dígitó: Jose Gregorio Guerrero Perez/ Lidia Maricela Ortiz Hernández