



Bogotá, diciembre 12 de 2018

Doctor
 JAVIER FERNANDO MANCERA
 Gerente
 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
 E. S. M.

Referencia: Seguimiento a las acciones de mejoramiento de fuente GESTION DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA del Plan Único de Mejora por proceso – PUM 2018

Respetado Dr. Mancera:

A continuación se presenta el informe, y resultado¹ de la verificación de las acciones de mejora que tienen como fuente GESTION DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA de los planes Únicos de mejora por proceso – PUMP vigencia 2018, publicados en la Intranet.

RESULTADO

FUENTE	AVANCE DEL MEJORAMIENTO	CUMPLIMIENTO	INDICADOR DE RESULTADO – CIERRE DE CICLO	OBSERVACIONES
GESTION DEL RIESGO	56.66%	0	0	Indicadores seguimiento publicado en Intranet
AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	34.44%	14%	14%	Indicadores seguimiento publicado en Intranet
CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA	0%	0%	0%	

Fuente: Plan Único de mejora por proceso – PUMP 2018

¹ Del resultado de la verificación se entregan los resultados de los indicadores publicados en la Intranet de AVANCE DEL MEJORAMIENTO, CUMPLIMIENTO E INDICADOR DE RESULTADO – CIERRE DE CICLO.



INFORME DE AUDITORIA

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora de los hallazgos con fuente: GESTIÓN DEL RIESGO, AUDITORIA DE CONTROL INTERNO Y CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA del PLAN UNICO DE MEJORA POR PROCESOS – PUMP VIGENCIA 2018 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

ALCANCE

- Desde la publicación del Plan Único de Mejora por Procesos – PUMP Vigencia 2018
- Hasta el total cumplimiento y cierre de las actividades de mejoramiento.

BASE LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1.991

LEY 23 DE 1981 Código de Ética La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen su profesión en Colombia.

LA LEY 87 DE 1993, estableció que todas las entidades públicas, debían organizar e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación.

DECRETO 1537 DE 2001, estableció una serie de elementos técnicos requeridos para el desarrollo adecuado y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las diferentes entidades y organismos de la Administración Pública.

Decreto 1599 DE 2005. Por medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno . MECI 1000:2005, para todas las entidades del Estado.

Decreto 4485 de 2009 Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Decreto 943 DE 2014. Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano – MECI,

Circular reglamentaria No. 001 de febrero de 2014, que tiene por asunto la implementación de los planes de mejoramiento e instructivo.

Decreto 1083 DE 201. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Decreto 648 de 2017. Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública".





VERIFICACION PUMP 2018 – SEGUIMIENTOS PUMP 2018 - MAPA DE RIESGOS 2018

PUMP 2018

Al realizar la verificación a planes únicos de mejora por proceso – PUMP de la vigencia 2018, publicados, se observó:

- En 23 procesos del total de 27 procesos del mapa aprobado en el acto administrativo, contenían publicado en la Intranet a 17 de octubre de 2018 el Plan Único de Mejora por Proceso PUMP 2018, y con fecha 6 de diciembre de 2018 se encuentran publicados doce (12) Planes Únicos de Mejora por Proceso- PUMP 2018 (Atención al usuario y su familia, atención al paciente ambulatorio, atención al paciente de urgencias, atención al paciente Hospitalizado, Atención farmacéutica, referencia y contra referencia de pacientes, direccionamiento estratégico, gestión financiera, gestión de la infraestructura, gestión de la información, esterilización, gestión jurídica), lo que conduce a informar que el 52% de los procesos contienen PUMP 2018 publicado en la Intranet y el restante 48% y que corresponde a once procesos (11) no tienen publicado en la Intranet su Plan Único de Mejora por Proceso - PUMP 2018 (atención al paciente quirúrgico, apoyo diagnóstico, banco de sangre, imágenes diagnósticas, Gestión del talento humano, gestión de la tecnología Biomédica, gestión de bienes y servicios, Hotelería hospitalaria, desarrollo de servicios, facturación y recaudo, gestión de la calidad)².
- Entre los procesos que no han publicado en ninguna fecha, el Plan Único de Mejora por Proceso PUMP 2018 están: Investigación, docencia, evaluación y control y atención extramural al paciente y su familia.
- Los planes únicos de mejora por proceso PUMP 2018 publicados a 17 octubre de 2018 registraban ciento sesenta y cinco (165) hallazgos.
 - La fuente de los hallazgos es: Auditoría Control Interno, Auditoría Interna HSEQ, Indicadores de Gestión, Gestión del Riesgo, Autocontrol, Auditoría habilitación, PQRS, Acreditación, seguridad del paciente, revisión gerencial, Icontec, referenciación, ambulatorio, Auditoría externa secretaria de salud de Cundinamarca, servicio no conforme, auditoría externa INVIMA, Auditoría externa –EPS s, Auditoría Interna, Otras.
- Uno de los procesos AUTOEVALUACION Y CONTROL no se encuentra registrado dentro del mapa de procesos y por lo tanto no contiene dentro del sistema de gestión documental - Intranet, publicación alguna.
- El proceso ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA, al realizar la verificación no registra ninguna información.

SEGUIMIENTO PUMP 2018

² Ver Anexo No. 1.



051



SC5520-1





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2018110014709-1



05GIS15 - V4 Página 4 de 9

- En referencia a los seguimientos, con fecha 17 de octubre de 2018 se encontraban publicados en la Intranet 17 seguimientos al Plan Único de Mejora por Proceso PUMP 2018 (desarrollo de servicio, gestión financiera, gestión el talento humano, gestión de bienes y servicios, gestión de la infraestructura, esterilización, gestión jurídica, gestión de la información, atención al paciente de urgencias, atención farmacéutica, atención al paciente quirúrgico), con fecha 6 de diciembre de 2018 se han publicado en 25 procesos los seguimientos al Plan Único de Mejora por Proceso PUMP 2018. Los seguimientos a los PUMP 2018 publicados corresponden a los periodos I seguimiento (I SEG), seguimiento (SEG), I semestre (I SEM), III trimestre (III TRIM).
- Estos seguimientos a los Planes Únicos de Mejora por Proceso PUMP 2018 registran un total de ciento setenta y ocho (178)

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO 2018

Los mapas de riesgos por proceso 2018, publicados en la intranet, son cuatro (4): Gestión Jurídica, gestión de la infraestructura, facturación y recaudo y gestión financiera con dos (2), cinco (5), tres (3), catorce (14) riesgos respectivamente; sin embargo de estos 4 procesos que tienen mapa de riesgos por proceso solo GESTIÓN JURIDICA incluyo actividades de fuente gestión del riesgo en su PUMP 2018; los restantes 3 procesos no plasmaron actividades en los Planes únicos de mejora por proceso -PUMP 2018 / FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO, para gestionar los riesgos identificados en sus mapas de riesgos por procesos.

FUENTE AUDITORIA DE LA CONTRALORIA DE CUNDINAMARCA

Verificados uno a uno los hallazgos de los Planes únicos de mejora por proceso -PUMP vigencia 2018 se observó que en ninguno de los PUMP 2018, se registran los hallazgos de la Auditoria Gubernamental con enfoque Integral practicada en la E.S.E. por la Contraloría de Cundinamarca, ni las estrategias y/o actividades plasmadas en los planes de mejoramiento presentados por la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

FUENTE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO

De la verificación realizada a los Planes Únicos de mejora por proceso - PUMP para los hallazgos cuya fuente son las AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO, se obtuvo la siguiente información:



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



PROCESO	HALLAZGOS CON FUENTE CONTROL INTERNO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO CON FUENTE GESTION DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO O EJECUTADAS AL 100%	OBSERVACIONES
GESTION FINANCIERA	12	12	33%	2	Hallazgo 2 en desarrollo, 3 cerrado, 4 no iniciado, 5 en desarrollo, 6 no iniciado, 7 no iniciado, 8 completo, 9 en desarrollo, 10 en desarrollo, 14 no iniciado, 15 en desarrollo, 16 atrasado.
GESTION DE LA INFORMACION	1	1	70%		En desarrollo
GESTION JURIDICA	1	1	0%		No iniciado
TOTAL	14	14	34%	2	

Indicador de avance de mejoramiento, porcentaje de avance de cumplimiento:

$$\frac{\text{Sumatoria del promedio de avances de los planes de mejora por proceso}}{\text{Número total de procesos con plan de mejora}} \times 100 = \frac{103}{3} \times 100 = 34.44\%$$

Indicador de cumplimiento, cumplimiento porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora

$$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo}}{\text{Total de acciones de mejora programadas en el periodo}} \times 100 = \frac{2}{14} \times 100 = 14.28\%$$

Indicador de resultado, porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento

$$\frac{\text{Número de acciones cerradas en el periodo}}{\text{Número total de acciones generadas en el periodo}} \times 100 = \frac{2}{14} \times 100 = 14.28\%$$



051



SC5520-1





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

FUENTE GESTION DEL RIESGO

Al contestar por favor cite:2018110014709-1



05GIS15 - V4 Página 6 de 9

Verificadas estas mismas acciones y actividades específicas en los Planes únicos de mejora por proceso -PUMP 2018, publicados en la Intranet, cuya fuente de los hallazgos **ES LA GESTIÓN DEL RIESGO**, se observaron los siguientes indicadores el siguiente cumplimiento:

PROCESO	AVANCE PORCENTUAL	CIERRE DE CICLO
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO (2)	60%	0
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	30%	0
GESTION JURIDICA	70%	0

Indicador de avance de mejoramiento, porcentaje de avance de cumplimiento:

$$\frac{\text{Sumatoria del promedio de avances de los planes de mejora por proceso}}{\text{Número total de procesos con plan de mejora}} \times 100 = \frac{170}{3} \times 100 = 56.66\%$$

Indicador de cumplimiento, cumplimiento porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora

$$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo}}{\text{Total de acciones de mejora programadas en el periodo}} \times 100 = \frac{0}{4} = 0\%$$

Indicador de resultado, porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento

$$\frac{\text{Número de acciones cerradas en el periodo}}{\text{Número total de acciones generadas en el periodo}} \times 100 = \frac{0}{4} \times 100 = 0\%$$

La oficina de Control Interno realizó el seguimiento de los hallazgos de los Planes únicos de mejora PUMP 2018, publicados en la Intranet, cuya FUENTE **ES LA GESTIÓN DEL RIESGO**, observando que hay en total cuatro (4) hallazgos, que se encuentran en los procesos de Gestión Jurídica (1), Atención al paciente ambulatorio (2), atención al paciente quirúrgico (1), los demás procesos no contienen hallazgos cuya fuente es la gestión del riesgo.

En desarrollo de las acciones de mejoramiento y las actividades específicas de mejoramiento, se realizó con los líderes de proceso, el seguimiento a las acciones y actividades de mejoramiento con el siguiente resultado:



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Humanización con sensibilidad social"



PROCESO	HALLAZGOS CON FUENTE DE RIESGOS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO O	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEJORAMIENTO O	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO O POR PROCESO - FUENTE GESTION DEL RIESGO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO O FUENTE GESTION DEL RIESGO EJECUTADAS AL 100%
ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO	2	2	8	75%	
ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO	1	1	3	67%	1
GESTION JURIDICA	1	1	4	75%	1
TOTAL	4	4	15	72%	2

Fuente: actas de seguimiento líderes de proceso e Intranet.

La elaboración de los indicadores es como sigue:

Indicador de avance de mejoramiento, porcentaje de avance de cumplimiento:

$$\frac{\text{Sumatoria del promedio de avances de los planes de mejora por proceso}}{\text{Número total de procesos con plan de mejora}} \times 100 = \frac{217}{3} \times 100 = 72.33\%$$

Indicador de cumplimiento, cumplimiento porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora

$$\frac{\text{Número de acciones de mejora ejecutadas y terminadas en el periodo}}{\text{Total de acciones de mejora programadas en el periodo}} \times 100 = \frac{2}{4} \times 100 = 50\%$$

Indicador de resultado, porcentaje de cierre de ciclos de mejoramiento

$$\frac{\text{Número de acciones cerradas en el periodo}}{\text{Número total de acciones generadas en el periodo}} \times 100 = \frac{2}{4} \times 100 = 50\%$$

Lo anterior indica que:



051



SC5520-1





De los hallazgos de los Planes únicos de mejora PUMP 2018, publicados en la Intranet, cuya fuente es la **GESTIÓN DEL RIESGO**, se han generado 4 acciones de mejoramiento que han originado 15 actividades específicas de mejoramiento.

- Realizado el seguimiento con cada uno de los líderes de estos procesos, se genera un cumplimiento del 72.33% y cuatro actividades cumplidas.
- El porcentaje de acciones cerradas en la vigencia 2018 es del 50%.
- Las demás actividades se encuentran en desarrollo hasta finalizar la vigencia 2018.

CONCLUSIONES

Realizada la verificación de la información se concluye que:

- Los Hallazgos, las estrategias y/o actividades de mejoramiento generadas de la Auditoría Gubernamental con enfoque Integral practicado en la E.S.E. por la Contraloría de Cundinamarca. no se encuentran registrados en los Planes únicos de mejora PUMP 2018.
- En la elaboración del presente informe se observó que la información publicada en la Intranet a 17 de octubre de 2018 en cuanto a los planes únicos de mejora por proceso -PUMP 2018 fue desmontada parcialmente de la pirámide Documental.
- El proceso AUTOEVALUACION Y CONTROL no se encuentra registrado en la pirámide de gestión documental - Intranet. El proceso ATENCIÓN EXTRAMURAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA, al realizar la verificación no registra ninguna información.
- No hay correspondencia entre los Planes Únicos de mejora por proceso _PUMP vigencia 2018, con los mapas de riesgos por proceso y/o entre el Planes Únicos de mejora por proceso _PUMP vigencia 2018 con el mapa de riesgos institucional.
- Dentro de la pirámide documental no se evidencia las metodologías e instructivos y/o guías que conduzcan a homogeneizar la información publicada por cada uno de los procesos.
- Al realizar el seguimiento a los **HALLAZGOS CON FUENTE GESTIÓN DEL RIESGO** con cada uno de los líderes se observan que vienen desarrollándose efectivamente cada una de las acciones de mejora y de las actividades específicas de mejora, plasmadas en los documentos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda revisar los contenidos, los cronogramas y periodos de elaboración y publicación de los planes únicos de mejora por proceso - PUMP 2018, los seguimientos y los mapas de riesgos, junto con la metodología establecida y alineada a los mapas de riesgos del mapa de procesos aprobado por acto administrativo de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.
Publicar todos los mapas de riesgo por procesos 2018.





HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite:2018110014709-1



05GIS15 - V4 Página 9 de 9

- Plasmar las actividades de mejoramiento en los planes únicos de mejora por proceso - PUMP 2018 de cada proceso concatenados con los riesgos identificados en los mapas de riesgos de los procesos.
- Es necesario que se publiquen, conozcan, socialicen e implementen las metodologías existentes para cada uno de los documentos publicados en la Intranet. y/o sitio WEB

El presente informe es de carácter institucional, la verificación se realiza con la información publicada en la Intranet de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, si bien es cierto la información es de responsabilidad de cada uno de los servidores públicos, no son de carácter individual ni personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados y los PUMP, seguimientos, mapas de riesgos por proceso son de carácter institucional.

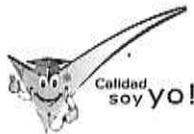
YETICA HERNANDEZ A.
Jefe Oficina Control Interno

Elaboro y proyecto: MARIA CLARA M. R. ^{C.M.O.V.}
Profesional Especializado

Anexo: Dos folios

c.c. AITZA VIVIAN CASTAÑEDA SOLANO – Jefe Oficina Jurídica; RICAURTE OSORIO ORTIZ – Dirección administrativa; AITZA VIVIAN CASTAÑEDA – Jefe oficina Planeación y garantía de la calidad; NELSON ARISTIZABAL – Dirección Científica; JAIME PINZON – Dirección Financiera; NUBIA GUERRERO – Dirección atención al Usuario y su familia.

Ruta: Profesional Especializado/ PUMP 2018.doc



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

“Humanización con sensibilidad social”