



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO ACTA DE REUNIÓN
VERSIÓN 04

Código
FEC0205002
Fecha: Octubre
2019

Reunión:	Comité de coordinación de control interno	Acta N°	04
		Fecha:	22 de Noviembre de 2022
Responsable:	El Gerente	Hora inicio:	8:00 am
Lugar	Sala de juntas de la gerencia	Hora fin:	9 am

ORDEN DEL DÍA

1	Verificación del cuórum y aprobación del acta anterior
2	Informe por dependencias
3	Grupo de planeación (seguimiento a los indicadores de gestión)

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1	Verificación del cuórum y aprobación del acta anterior
---	--

Se da inicio al comité a las 8:00 am con 7 participantes. 3 invitados Se aprueba el acta anterior

2	Informe por dependencias
---	--------------------------

1. Subdirección Científica

Consulta externa continua con las dificultades de oferta vs demanda, lo cual genera a su vez carga al personal frente a la atención a los usuarios, varias de las especialidades como medicina interna tiene una demanda de más del 200%, se ha tratado de estandarizar los canales de solicitud para disminuir la insatisfacción, mientras se logra realizar un ajuste de la demanda con las eps. Se hizo una reunión con autorizaciones de Savia, para equilibrar el envío de autorizaciones y se redirigiere el excedente. Se aclaró esta situación en la liga de usuarios, indicando que no se tendrá una solución a corto plazo.

Laboratorio continuo con algunas situaciones, frente a algunos insumos, exámenes que se pueden hacer, el comodato no está listo, los residuos no se han dispuesto. Se está revisando la adquisición del software para evitar realizar transcripción de los exámenes por la no interface de los aplicativos y que genera acciones inseguras.

Se continúa a la espera de la llegada del intensificador para fortalecer la realización de procedimientos quirúrgicos. Se debe definir el incremento de los especialistas para subir al secop II. Se propone que el 24 y 31 no se dé consulta externa.

2. Talento humano

Las inscripciones para la fiesta llegaron a 625 personas, se envió un comunicado indicando que se debía cancelar si no se iba a asistir, de lo contrario se debe pagar 120mil. La fiesta empieza a las 7pm y termina a las 2am.

Se ha estado trabajando en la decoración de navidad.

Se ha participado en las auditorías internas de habilitación, uno de los hallazgos que siempre queda es el de estudio de capacidad instalada, se realizó el reporte de código de conducta de forma oportuna.

Se sigue trabajando frente al riesgo público con las personas que llegan enojadas a citas y la atención de pacientes psiquiátricos.

3. Tesorería

Ingresos 4632 millones, Savia con 2.236 millones, Nueva eps 350, Ecoopsos 276 (de oct) Sura 196, DSSA con 164 millones, entre otros.

4. GMM

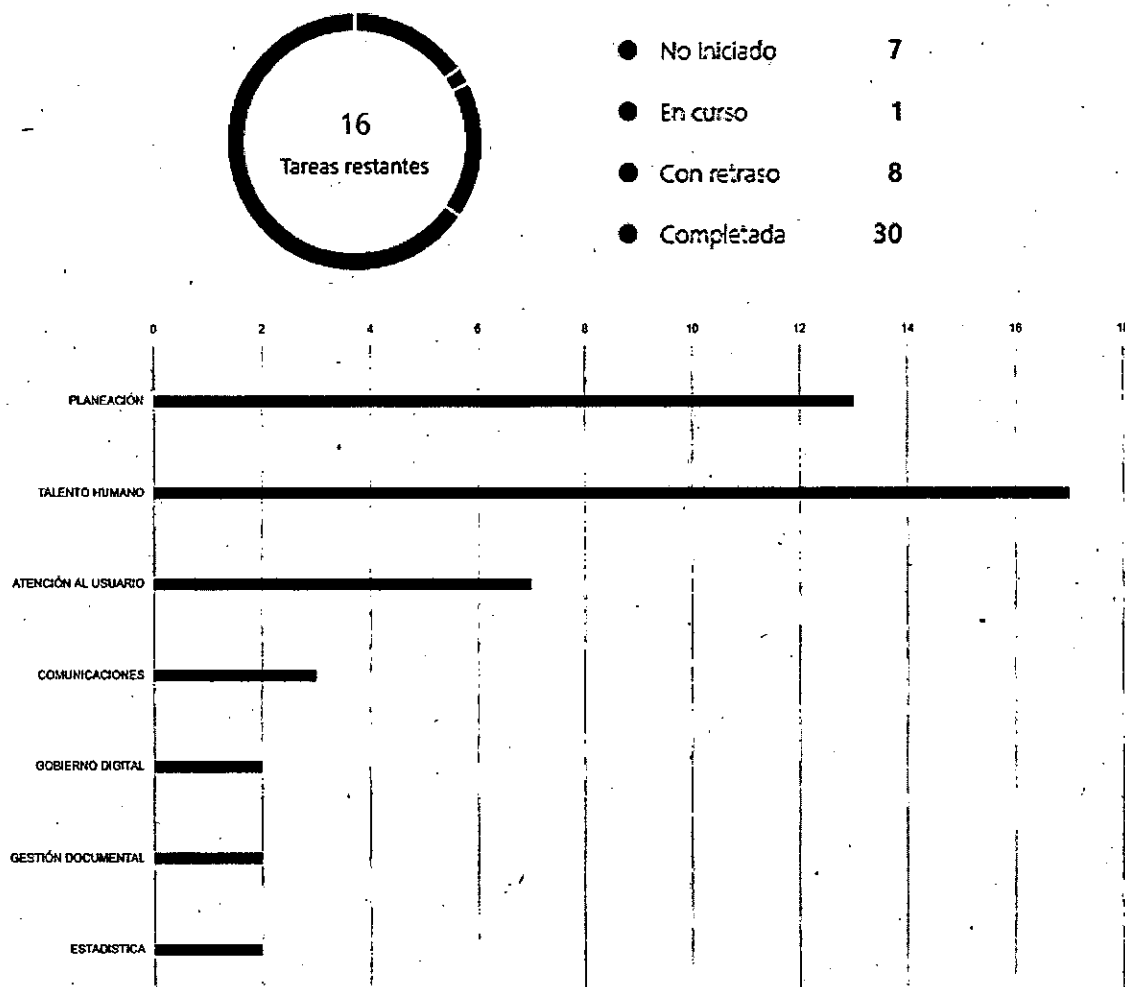
Se han aplicado 118mil dosis, se está realizando conciliación de las dosis con el ministerio, se han reportado dosis extramurales y se está realizando la corrección frente al direccionamiento del ministerio, las eps a su vez indican que se debe coincidir los registros de paiweb, se tienen 18mil errores que se deben corregir de forma manual. Desde el 21 de septiembre cambiaron la tarifa de vacunas de 7146 intramural y 18889 extramural, ahora 4199 intramural y 16000 extramural. Aumento la producción en 5.9%, especialmente en hospitalización y urgencias, aumento el porcentaje ocupacional a 80%.

5. Calidad

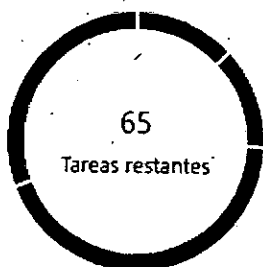
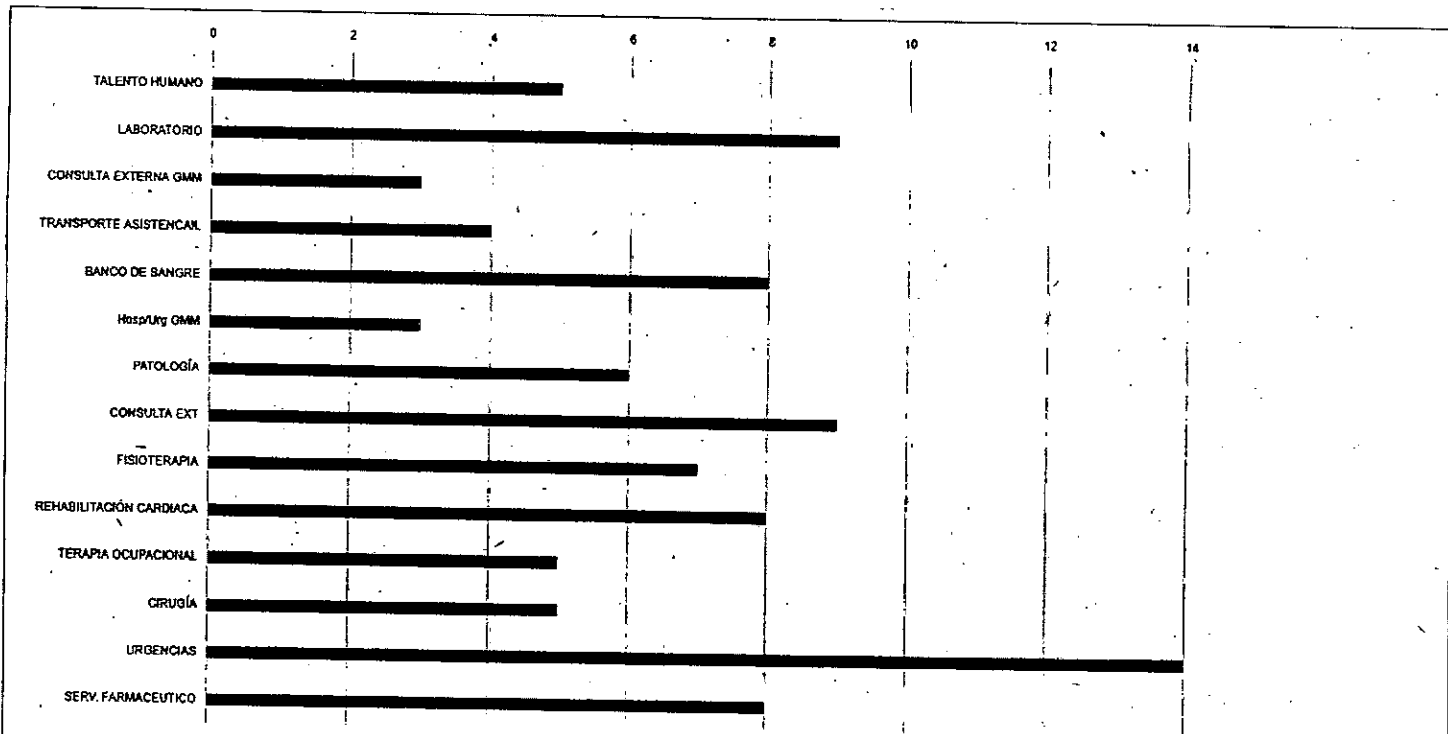
Se realizaron los reportes del mes oportunamente, se realizó reporte del ITA, no obstante, se recomienda hacer una reorganización de la página en su totalidad. Este mes se deben reportar los siguientes archivos:

- Siho - 4 noviembre - Contabilidad
- Registro telemedicina - 5 nov - Coor ambulatorios
- Cambios en bases de datos - 10 nov - Jefe sistemas
- Atención gestantes - 10 nov - Estadística
- Sarlaft - 10 nov - Administración
- Reporte proyectos pisis - 15 nov - Administración
- Archivo FT025 - 20 nov - Facturación
- Sia contraloría mensual - 28 nov - Presupuesto y admon
- Pacientes hospitalizados - 30 nov - Estadística

Se ha participado en varias de las sensibilizaciones realizadas por la alcaldía y la contraloría frente a la implementación del MIPG y los avances esperados por la administración en este tema, se recibieron algunas observaciones frente a las estrategias para la implementación y se va a estructurar una metodología de trabajo con el comité que permita definir responsables y hacer un seguimiento en línea del mismo. Se realizará un ajuste en la resolución dado que no está clara la presidencia del comité, especificando que el gerente es el presidente y líder del comité, se aprueba esta modificación por el comité y el gerente asume esta función. Se reitera la importancia de cubrir el cargo de comunicadora por la necesidad de liderar la dimensión de comunicaciones, la cual es transversal a todas las políticas.



Se terminaron las auditorias de habilitación de todos los servicios, se enviaron los informes y se realizó seguimiento a los planes de mejora, es de anotar que no se recibió de los servicios de hospitalización, para el próximo año se realizara cronograma acordando fechas para la realización de los planes de mejora y los seguimientos de los mismos. De los planes de mejora recibidos se presentan los siguientes avances:



- No iniciado 12
- En curso 12
- Con retraso 41
- Completada 29

Se recibió un comunicado de la Seccional de Salud indicando que se reanudara el cronograma de visitas de habilitación desde junio del 2023, por lo cual el cumplimiento y trabajo conjunto del cierre de brechas de habilitación es importante para evitar sanciones, es de anotar que en 2015 se recibió una visita y fuimos sancionados, de igual forma se han identificado falencias generales posterior a la visita para la habilitación del servicio de transporte asistencial medical izado acorde con algunas recomendaciones, dando inicio a un plan de trabajo para poder solicitar nueva visita y lograr habilitarnos, esto a su vez deja ver las falencias y hallazgos que podemos recibir en caso de una visita de habilitación a nivel general.

Se proponen las siguientes fechas para realizar las auditorias de habilitación:

- Talento humano 2 y 3 de febrero
- Infraestructura 6 y 7 de febrero
- Dotación 8, 9 y 10 de febrero
- Medicamentos 13 de febrero
- Procesos prioritarios del 16 al 24 de febrero

- Historia clínica 27 y 28 de febrero

En marzo se realizaría la auditoria de todos los criterios específicos de los servicios de la sede y de urgencias y cirugía de la sede principal. De abril a junio las hospitalizaciones. Después los demás servicios que, aunque sin los verifican tienen menos hallazgos.

6. Control interno

Se pregunta frente al descanso del personal de masora, las personas no han sacado tiempo de descanso dada la modalidad de los contratos, se debe revisar la posibilidad de que masora cambie la modalidad del personal de forma diferente. Se solicita revisar con subdirección la revisión de una estrategia para otorga un descanso al personal.

En noviembre y diciembre se deben recoger las evidencias de los planes de mejora de las auditorias externas, siau, secop y sia, plan anticorrupción, austeridad del gasto. En enero se debe tener actualizado el plan de acción, anticorrupción, adquisiciones, política de gestión del riesgo.

3 Seguimiento indicadores de gestión (por la asesora de calidad-planeación)

El primer indicador correspondiente al mejoramiento continuo acorde con la autoevaluación de los estándares de acreditación, en comparación con la vigencia anterior, este indicador no es posible estimarlo en el momento dado que se debe realizar con el resultado de la autoevaluación que se realiza en enero y febrero del 2023.

Los indicadores de efectividad en la auditoria y ejecución del plan de desarrollo se estiman con una calificación de 5, dado que esto si bien solo se obtiene le resultado hasta diciembre, se encuentra dentro de nuestro control la ejecución de las actividades propuestas para cada uno.

El ministerio no ha realizado una nueva clasificación del riesgo, por lo tanto, el peso de este indicador se reparte entre los demás indicadores financieros. El indicador de evolución del gasto se estima calificación de 0, la variación de la deuda en 3, el resultado de equilibrio en 3, los otros en 5, no se registra aun un resultado para el indicador de presentación de la circular única dado que a principio de año salió un nuevo reporte el cual no se presentó oportunamente y no tenemos la certeza de que este se incluya dentro de los reportes tenidos en cuenta para este indicador. Se debe tener en cuenta que el indicador de evolución del gasto es difícil de controlar este año, dada la deuda que se tiene y los bajos ingresos.

Los indicadores asistenciales se encuentran todos con calificación de 5, excepto la oportunidad en la realización de apendicectomía que tiene calificación de 3.

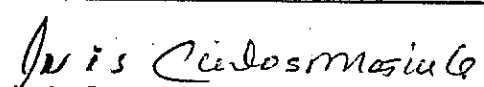
La calificación general estimada con estos resultados es de 3.8, resultado satisfactorio.



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO ACTA DE REUNIÓN
VERSIÓN 04

Código
FEC0205002
Fecha: Octubre 2019

PARTICIPANTES			
Nombre	Cargo		
Luis Carlos Mejía Quiceno	Gerente		
Patricia Elena Quintero	Sub. Científica		
Rubí Esneda Marín	Jefe de Control Int.		
Cynthia Teresa Mogollón Jaimes	Asesora de Calidad		
Claudia Marcela Puerta	Coor. Sede GMM		
Natalia Isabel Hoyos Henao	Jefe Talento humano		
Luis Mauro Giraldo Zuluaga	Tesorero		

APROBACIÓN DEL ACTA		
 Ruby Marín Lopez	 Luis Carlos Mejía Quiceno	Febrero de 2022
Firma de quien Elaboró	Firma del Gerente o Responsable	Fecha Próxima Reunión:

Adjunta registro de asistencia (1 folio)

MATRIZ DE CALIFICACION

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO

PERIODO EVALUADO: 2022

MUNICIPIO: RIONEGRO

Area de Gestion	No.	Indicador	Linea de Base	Resultado del periodo evaluado	Calificacion	Ponderacion	Resultado ponderado
a	b	d	i	j	k	l	m=k*l
Direccion y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluacion en la vigencia anterior	1.1		0	0.05	0
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atencion en salud	0.91	0.9	5	0.05	0.25
	3	Gestion de ejecucion del Plan de Desarrollo Institucional	0.9	0.9	5	0.1	0.5
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo Fiscal y Financiero	SIN RIESGO	SIN RIESGO	NO APLICA	0	NO APLICA
	5	Evolucion del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida (1)	1.3	0.99	3	0.057	0.17
	6	Proporcion de medicamentos y material medico quirurgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. compras a traves de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a traves de mecanismos electronicos.	0.81	0.97	5	0.057	0.29
	7	Monto de la deuda superior a 30 dias por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratacion de servicios, y variacion del monto frente a la vigencia anterior	VARIACIÓN INTERANUAL ES POSITIVA	VARIACIÓN INTERANUAL ES NEGATIVA	3	0.057	0.17
	8	Utilizacion de informacion de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4	5	0.057	0.29
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	0.77	0.66	0	0.057	0

Gestion Clinica o asistencial 40%

10	Oportunidad en la entrega del reporte de informacion en cumplimiento de la Circular Unica expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓ N CIRCULAR UNICA	NO PRESENTO INFORMACIÓ N CIRCULAR UNICA	0	0.057	0
11	Oportunidad en el reporte de informacion en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya.	SI PRESENTO INFORMACIÓ N 2193	SI PRESENTO INFORMACIÓ N 2193	5	0.057	0.29
12	Evaluación de aplicación de guia de manejo especifica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	0.98	0.91	5	0.07	0.35
13	Evaluación de aplicación de guia de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	0.9	0.95	5	0.05	0.25
14	Oportunidad en la realización de apendicectomía	0.84	0.89	3	0.05	0.15
15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	NO SE PRESENTAN EVENTOS	NO SE PRESENTAN EVENTOS	5	0.05	0.25
16	Oportunidad en la atención especifica de pacientes con diagnostico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM)	0.95	1	5	0.05	0.25
17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	1	1	5	0.05	0.25
18	Oportunidad en la atención de consulta de pediatría	2.9	4.2	5	0.03	0.15
19	Oportunidad en la atención gineco-obstetrica	3.5	3.9	5	0.03	0.15
20	Oportunidad en la atención de medicina interna	2	1.3	5	0.02	0.1
CALIFICACION					3.85	

Nombre de la Reunión: comité institucional de coordinación de control interno

Responsable: Control Interno

Fecha: Noviembre 22 de 2022

Lugar: Sala de juntas del hospital S.J.D.

Horario: 8:00 AM

Dirigido a: Miembros del comité institucional de coordinación de control interno

N°	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SERVICIO	CARGO	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	LUIS CARLOS MORA G	3.558.924	GERENCIA	GERENTE	3206279223	lucasmora@hospital.com	[Firma]
2	Luis Mauro Giraldo	15438.096	Financiera	Tesoroero	3206863056	tesoreria@hosp...	[Firma]
3	Claudia Marcela Puerto	1036926560	Sede GYM	Coordinadora Sede GYM	3127490358	coordinaciongym@hospitalnegro.gov.co	Claudia R. Puerto
4	Natalia J. Horno	3944927	T. Horno	J.T. Horno	3166615261	nehorno@h...	[Firma]
5	Cynthia T. Magallan	1128414049	Calidad	Asesora	316471377	calidad@h...	[Firma]
6	Ruby E. Alon L	39186518	C-2	C-2	3117606874	central@hosp...	[Firma]
7	Patricio Elan Quintero ✓	39438012	Subdirección Cu-telec.	Subdirector	3104205030	subdirector@hospitalnegro.gov.co	[Firma]
8							
9							
10							
11							
12							