

Auditoria N°	05	Fecha	Agosto de 8 de 2022
Objetivo y alcance	Verificar el avance en el desarrollo del Plan Operativo Anual del hospital San Juan de Dios en el primer semestre 2022.		
Equipo auditor	Jefe de Control Interno		
Criterios	Ley 1438 de 2011, resoluciones del ministerio de salud 07408 de 2018, 0743 de 2013, resolución de la super salud 0710 de 2012. Acuerdo de junta Directiva 005 de mayo del 2020 Plan de auditoria 2022 control interno.		

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE DE AUDITORIA

Proceso	Gerencia con el apoyo del proceso de calidad-planeación
Responsable	Gerencia -Líder de calidad/planeación
Ubicación	Área administrativa Hospital, sede Jorge Humberto González N. y Sede Gilberto Mejía.

REUNIÓN DE APERTURA

En julio se vino revisando y recopilando informacion, enviada por la líder del proceso de calidad y la informacion con la que cuenta la entidad digitalmente a través de la página web, intranet y la biblioteca institucional y la normativa externa e interna que ha emitido el gobierno y la gerencia sobre lo relacionado al plan operativo anual. El seguimiento al POA, se realiza de acuerdo a la planeación anual de auditoria de control interno.

 HOSPITAL San Juan de Dios Instituto Social del Estado Siempre por la Vida	PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA	Código: FEC0203001
	FORMATO PROGRAMA DE AUDITORIAS	Versión : 02
		Página: 2 de 3

			2017, Sistema Unico de Información de Trámites - SUIT. Ley 1474 de 2011					
5	Gestión del riesgo	Verificar la efectividad de los controles establecidos para minimizar los riesgos en especial los de corrupción y dar cumplimiento a los objetivos.	Decreto 1083 de 2015, Decreto Unico Reglamentario del Sector de Función Pública. Ley 1474 art. 73, 81. Ley 1437 de 2011. Ley 1757 de 2015. Resolución 012 del 20 de enero 2022 contraloría mpal, Política institucional de riesgos.	Junio	Junio	Control interno	Oficina de control interno	
6	Planeación	verificar los avances en la ejecución del plan operativo anual (POA 2022)	Metas del plan operativo anual, plan anual de adquisiciones, plan de desarrollo municipal 2020-2023.	Julio	Julio	Control interno	Oficina de control interno, Oficina de planeación-calidad	

OBSERVACIONES

Anualmente la gerencia del hospital presenta a la junta directiva y a la comunidad a través de audiencia pública el informe de cumplimiento de los logros establecidos en el plan operativo lo que compilado con todos los años, se da cumplimiento al plan de gestión del hospital. En enero de cada año se consolida la evaluación de gestión del plan de desarrollo, teniendo en cuenta los informes y evaluaciones de ejecución los cuales permiten hacer el seguimiento a través del indicador.

$$\text{Indicador de cumplimiento del Plan de Acción Anual} = \frac{\text{Número de metas del Plan Operativo cumplidas}}{\text{Total de metas del Plan Operativo programadas}} \times 100$$

Acorde al plan de gestión 2020-2024, elaborado por la entidad y aprobado por la junta directiva a través del acuerdo 005 de mayo del 2020, se planea la ejecución de los planes operativos anuales (4) y la medición de los indicadores.



ACUERDO DIRECTIVO N° 005

Del 28 de Mayo de 2020

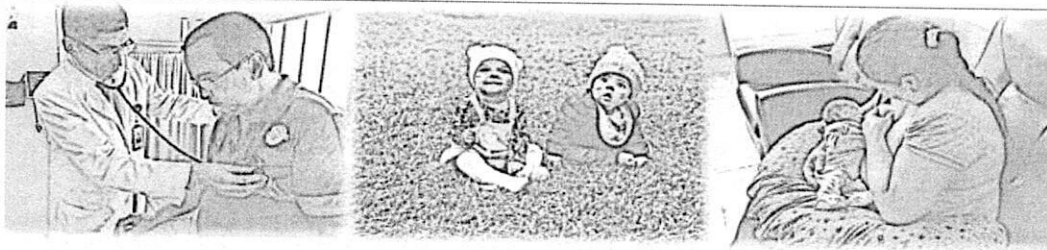
POR MEDIO DEL CUAL SE APRUEBA EL PLAN DE GESTIÓN DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS E.S.E RIONEGRO VIGENCIA 2020-2024

LA JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. RIONEGRO,
en ejercicio de sus facultades legales y estatutarias, y

CONSIDERANDO

- 1) Que la Ley 1438 de 2011 define en los artículos 72, 73 y 74 la obligatoriedad que tiene el Gerente de presentar el Plan de Gestión dentro de los 30 días hábiles posteriores a su posesión.
- 2) Que de conformidad con lo dispuesto en la resolución 408 de 2018, que modifica la resolución 743 de 2013, la cual a su vez modifica la resolución 710 de 2012, "por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodologías para la evaluación y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado".





PLAN DE GESTIÓN 2020-2024

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.
RIONEGRO - ANTIOQUIA

Luis Carlos Mejía Quiceno
Gerente

Resultados a alcanzar durante el período de nombramiento, determinando las actividades a ser realizadas y las metas coherentes con los planes estratégicos, operativos, de desarrollo, de acción y las Resoluciones 0710 de 2012, 0743 de 2013 Y 0408 de 2018



Se revisa el documento con código HPE0102001 del área de calidad/planeación el cual contiene la caracterización para la implementación de los POA.

 HOSPITAL DE LA POLICIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ESTRATEGIA 2010-2012	PROCESO DE PLANEACIÓN		Código: HPE0102001	
	CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS		Versión: 02	
			Página: 1 de 37	
PROCESO		TIPO DE PROCESO	CÓDIGO	
Planeación		Estratégico	PE01	
OBJETIVO DEL PROCESO				
Determinar los parámetros y lineamientos necesarios para orientar la entidad hacia el cumplimiento de sus objetivos y propósitos, mediante la planificación estratégica con base en los requerimientos legales y del usuario.				
LÍMITES DEL PROCESO	INICIAL		FINAL	
	Evaluación de necesidades institucionales		Seguimiento y ajuste de los planes	
PROVEEDOR	ENTRADAS	ACTIVIDADES	SALIDAS	CLIENTE
Entes de control Usuarios y sus familias Usuarios internos Procesos institucionales	Necesidades institucionales Requerimientos de ley Necesidades del usuario y su familia	Elaborar diagnóstico estratégico para plan de desarrollo institucional Definir planes anuales de inversión Direccionar la elaboración de POAS institucionales Garantizar la identificación de requisitos legales, del cliente, de la norma y reglamentarios, aplicables a los procesos Definir políticas organizacionales y operacionales	Plan de desarrollo y planes operativos Políticas institucionales Plan de inversión Plataforma estratégica	Entes de control Usuarios y sus familias Usuarios internos Procesos institucionales

Los indicadores para el cuatrienio han sido los siguientes:

**INDICADORES POR
ÁREA DE GESTIÓN Y
VALOR PORCENTUAL**

12

ÁREA DE GESTIÓN	N° INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR PORCENTUAL
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	5%
	2	Efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	5%
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional.	10%
Financiera y administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	5%
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	5%
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante compras conjuntas, cooperativas o electrónicamente	5%
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios.	5%
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones -RIPS	5%
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	5%
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única	5%
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004	5%
	12	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para hemorragias III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes	7%
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	5%
	14	Oportunidad en la realización de Apendicectomía	5%
Asistencial o Clínicos 40%	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	5%
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM)	5%
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	5%
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.	3%
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica	3%
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	2%

AVANCES EN LA EJECUCION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL. (POA)

Para el año presente (febrero a diciembre) se pretende ejecutar un plan operativo, el cual conversa con del plan de desarrollo, conteniendo:

Líneas	Componentes	Proyectos /actividades	Indicadores
3	23	192	192

FORMATO INFORME DE AUDITORIA

VERSIÓN 06

Línea	Componente	Programa	POA 2022								
			Actividades y/o proyecto	Indicadores de proyecto	Unidad medida	Línea base	Meta 2022	Total Recursos	Responsable	Fuentes de Financiación	Fecha de seguimiento
Línea 1: Buen trato y calidad en los servicios	Atención especializada para la madre, el padre e hijos	Educación para los padres	Ejecución del curso psicoprofiláctico	Capacitaciones realizadas	# de capacitaciones	12	12	\$450.000	Grupo IAMII	Propios	Diciembre
			Implementación de parto humanizado	Partos humanizados realizados	# de partos humanizados	10	5	\$9.600.000	Grupo IAMII	Propios	Diciembre
			Realizar actividad de sensibilización y difusión de la problemática de la Prematuridad en el marco del día Internacional del Prematuro	Actividades realizadas	# de actividades	1	1	\$1.500.000	Programa familia canguro	Propios	Noviembre
	1.6. Atención quirúrgica especializada para el mejoramiento de la vida del usuario	1.6.1. Reestructuración del modelo de atención en salas de cirugía	Implementación de estrategias para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos	Estrategias implementadas	# de estrategias	0	1	\$551.492	Coordinador asistencial	Propios	Abril
			Actualización de manuales, protocolos e instructivos	Proporción de documentos actualizados	Porcentaje	35%	15%	\$2.757.461	Coordinador asistencial	Propios	Diciembre
		1.7.1. Fortalecimiento del Laboratorio de Patología	Producción científica	Estudios publicados	# de estudios	3	2	\$11.181.082	Patólogo	Propios	Diciembre
			Capacitación del personal en técnicas de oncología en IMAT y el IVC	Capacitación realizada	# de capacitaciones	0	1	\$11.181.082	Patólogo	Propios	Diciembre
	1.7. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	1.7.2. Fortalecimiento del Laboratorio Clínico	Implementación de tres coloraciones	Técnica estandarizada	# de técnicas	3	3	\$11.181.082	Patólogo	Propios	Diciembre
			Realizar la Medición de adherencias a los procesos del laboratorio clínico	Proporción de protocolos auditados	Porcentaje	70%	70%	\$2.490.978	Coordinador Laboratorio	Propios	Diciembre
			Capacitación del paquete instruccional de identificación correcta del paciente y muestras del laboratorio	Capacitación realizada	# de capacitaciones	0	1	\$2.490.978	Coordinador Laboratorio	Propios	Diciembre
			Actualización de capacitación de toma de muestras en el campus virtual	Capacitación actualizada	# de capacitaciones	0	1	\$2.490.978	Coordinador Laboratorio	Propios	Diciembre

Se tiene un 20.3% de avances en los proyectos o actividades en este primer semestre (enero a junio) teniendo en cuenta que el mayor porcentaje (67%) para realizar la medición o el avance es en diciembre en el cual se termina la anualidad.

Línea	Componente	Programa	POA 2022											Cum
			Actividades y/o proyecto	Indicadores de proyecto	Unidad medida	Línea base	Meta 2022	Total Recursos	Responsable	Fuentes de Financiación	Fecha de seguimiento	Resultado	Observación	
Línea 3: Desarrollo Institucional para la comunidad	3.5 Modelo Integral de Planeación y Gestión	3.5.2 Plan anticorrupción	Revisar y socializar la política de administración del riesgo de corrupción	Política revisada y actualizada	# de políticas	1	1	\$840,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se comparte herramienta de socialización y se registra lista de participación a febrero registro de 55 personas	S
			Hacer partícipe a la comunidad social, grupos de valor y funcionarios internos en la formulación de acciones para PAAC antes y después de su publicación en la Web	PAAC con acciones de la comunidad incorporadas	# planes actualizados	0	1	\$840,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se pone a consideración el PAAC en la página web hasta el 25 de enero y se socializa en redes, no se recibieron observaciones, se publica conforme a la norma	S
			Actualizar el mapa de riesgos institucional	Mapa actualizado	# de mapas	0	1	\$4,200,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se realizó actualización de los mapas de riesgo general y de corrupción	S
			Socializar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	Mapa socializado	# de mapas	0	1	\$4,200,000	Asesora de Calidad	Propios	Junio	1	Se compartió mapa de riesgos y presentación de metodología de administración de riesgos	S
			Publicar el nuevo mapa de riesgos de corrupción	Mapa publicado	# de mapas	0	1	\$0	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se publicó la propuesta de mapa de riesgos para participación de la comunidad, no se recibieron observaciones, se realizó la publicación oficial	S
		Seguimiento periódico a los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles	Seguimientos realizados	# de seguimientos	4	4	\$84,000	Asesora de Calidad	Propios	Diciembre				
		Realizar inventario de trámites y procedimientos administrativos para usuarios y actualizarlos en la página web	Inventario realizado	# de inventarios	0	1	\$420,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se hace revisión de los trámites en el suít, no hay modificaciones	S	
		Priorizar trámites y procedimientos administrativos para usuarios para realizar estrategia de racionalización	Priorización realizada	# de priorizaciones	0	0	\$420,000	Asesora de Calidad	Propios	Septiembre				
		Realizar inventario de trámites y procedimientos administrativos para empleados y actualizarlos en la intranet	Inventario realizado	# de inventarios	0	0	\$420,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	No se han creado más trámites	SI	
		Priorizar trámites y procedimientos administrativos para empleados para realizar estrategia de racionalización	Priorización realizada	# de priorizaciones	0	0	\$258,505	Asesora de Calidad	Propios	Septiembre				
		Planear la rendición de cuentas según la población objeto de la misma	Planeación realizada	# planeaciones	0	1	\$650,000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se solicitó y construyó la información para la audiencia pública	SI	
		Publicación de la presentación	Presentación publicada	# de presentaciones	1	1	\$23,374	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se publicó el informe en el micrositio dentro de la página web y en	SI	
		Publicar la invitación en la SuperSalud	Invitación publicada	# de invitaciones	1	1	\$23,374	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se publicó la invitación	SI	
		Publicación de seguimiento a Plan operativo	Seguimiento publicado	# de seguimientos	2	2	\$23,374	Asesora de Calidad	Propios	Diciembre				
		Realizar audiencia pública de rendición de cuentas	Audiencia realizada	# de audiencias	1	1	\$745,000	Asesora de Calidad	Propios	Abril	1	Se realizó audiencia el 18 de mayo de forma presencial y virtual	SI	
Transmitir vía Facebook Live la Rendición de Cuentas	Transmisión realizada	# de transmisiones	1	1	\$46,749	Asesora de Calidad	Propios	Abril	1	Se transmitió en facebook	SI			
Publicar informe en la página de la SuperSalud	Informe publicado	# de informes	1	1	\$23,374	Asesora de Calidad	Propios	Abril	1	Se publicó en la página web y se creó enlace en las redes sociales	SI			

3.10. Calidad y mejora continua	3.10.3 Auditoria integral y seguimiento al proceso de atención	Informar a los usuarios los mecanismos de participación	Mecanismos de participación socializados	# de socializaciones	1	2	\$23.374	Asesora de Calidad	Propios	Abril	1	Se realizó rendición de cuentas donde se promovió la participación ciudadana y los espacios de la asociación de usuarios para ejercer el derecho a la participación ciudadana	NO
		Hacer seguimiento a las oportunidades de mejora identificadas en las rendiciones de cuentas	Seguimiento de oportunidades de mejora	# de seguimientos	2	2	\$420.000	Asesora de Calidad	Propios	Noviembre			
		Realizar caracterización de grupos de valor	Caracterización realizada	# de caracterizaciones	0	0	\$375.000	Asesora de Calidad	Propios	Marzo	1	Se actualizó la caracterización con la información de 2021	SI
		Informe de estrategia de rendición de cuentas	Informe realizado	# de informes	1	1	\$2.614.976	Asesora de calidad	Propios	Diciembre			
		Fortalecer el grupo de auditoria de una forma integral para garantizar un despliegue transversal del mejoramiento continuo	Reuniones realizadas	# de reuniones	4	6	\$10.000.000	Asesora de Calidad Subdirección científica	Propios	Junio	1		NO
		Conformar grupo de auditores internos	Equipo conformado	# de equipos	0	1	\$1.260.000	Asesora de calidad	Propios	Febrero	1	Se conforma grupos para la autoevaluación y priorización, se capacita y realiza ejecución de las etapas acorde con los estándares priorizados	SI
		Realizar plan de auditorias institucional	Plan elaborado	# de planes	1	1	\$210.000	Asesora de calidad	Propios	Enero	1	Se contruye plan y se envia a grupo directivo y equipo de auditores internos	SI

RECOMENDACIONES

Actualizar la versión del Formato de calidad formato definición de plan operativo anual código: FPE0102006 versión 1.

Analizar la posibilidad de hacer seguimiento o evaluar el desarrollo de las actividades semestralmente, podría dar nociones de los avances y el trabajo de evaluar tendría mayor distribución en tiempo.

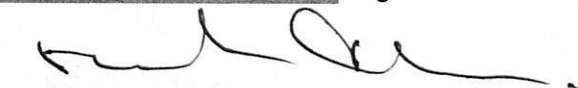
REUNIÓN DE CIERRE

Se envía informe el 09 de agosto a la gerencia, vía correo electrónico.

CONCLUSIONES

De las 192 actividades que se tienen planteadas en el POA para el presente año, se evidencia un avance en la ejecución de: 17 actividades (43.5%) de 39 actividades que se tenían planeadas para el primer semestre. Se evidencia un incumplimiento del 56.5% lo que coincide con la medición o evaluación que en su mayoría, se realiza a final de año.

Fecha informe Agosto 08 de 2022



Ruby Esneda Marín López
LIDER DE AUDITORIA

Luis Carlos Mejía Quinceno
LIDER DEL PROCESO AUDITADO

Fecha de aprobación Marzo de 2021__