

Reunión:	Comité de coordinación de control interno	Acta N°	2
		Fecha:	3 de mayo de 2023
Responsable:	Gerente	Hora inicio:	8:00 am
Lugar	Sala de juntas	Hora fin:	10:00 am

ORDEN DEL DÍA

1	Verificación del cuórum y aprobación del acta anterior
2	Revisión de tareas
3	Informe por dependencias
4	Seguimiento indicadores de gestión
5	Modificación al plan anual de auditorías internas.
6	Proposiciones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

1	Verificación del cuórum y aprobación del acta anterior
Se da inicio al comité a las 8:00am con 5 participantes para la cual hay quorum. Se aprueba el acta anterior.	
2	Revisión de tareas
Ninguna	
3	Informe por dependencias
1. Gerencia Frente a la reforma a la salud se tienen muchas expectativas, pero se tiene un esperado de liquidación de las eps, giro directo a los prestadores, entre otras, debemos estar atentos frente a la incertidumbre. Se revisarán las posibles oportunidades de negocio para fortalecer los servicios.	
2. Subdirección Científica Con Savia se inició la ruta de salud mental, el hospital realiza consultas de psicología y psiquiatría y algunos exámenes, la captación de usuarios ha sido difícil y nos conlleva una persona realizando llamadas para el paciente se agende y asista a las citas, savia quiere que le dispensemos medicamentos, esto no se les acepto porque es un proceso complicado que nos puede aumentar los requerimientos y quejas del personal. Se continúa con la asignación de citas no presencial, se tienen quejas de los usuarios por la poca oferta, pero se les explica toda la situación, se plantea la necesidad de tener un portátil y un celular en el turnero para apoyar proceso y verificar solicitudes de citas. Se siguen presentando quejas por el proceso de facturación, en cuanto a la validación de la documentación que es más demorada, se revisara nuevamente para ver como optimizar	

el tiempo.

Frente a la productividad sigue siendo la mayoría de los usuarios de savia, con nueva eps se ha aumentado en algunas consultas y programa familia canguro, frente a las eps tenemos una imagen negativa de nuestra atención al cliente, la satisfacción frente al trato por personal asistencial y administrativo.

3. Subdirección administrativa y financiera

Es importante revisar el tema de masora, quien tomó la decisión de que no quiere continuar contrato con nosotros, se llevó a junta directiva, masora puso varias condiciones, como que no iba a tener pre-pensionados, la caja de compensación cambia lo cual afecta a los afiliados que tienen proyecto de casa.

4. Calidad

Este mes se deben reportar los siguientes archivos:

- Indicadores EPS - 5 mayo - Estadística
- Atenciones telemedicina - 5 mayo - Coor. Ambulatorios
- Cambios de bases de datos - 10 mayo - Sistemas
- Reporte gestantes - 10 mayo - Estadística
- Sarlaft - 10 mayo - Administración
- Seguimiento plan anticorrupción - 10 mayo - Control interno
- Archivo FT025 - 20 mayo - Facturación
- Archivo FT018 - 20 mayo - Presupuesto
- Pacientes hospitalizados - 30 mayo - Estadística
- Sia Contraloría - 30 mayo - Control interno

No se ha rendido información del SIHO primer trimestre por parte de estadística, siempre es la misma situación, se solicita evaluar porque se espera hasta último minuto para generar la información, teniendo presente que es del primer trimestre. De los reportes definidos para abril este aún no se ha presentado, se le solicito a estadística presentar un cronograma de actividades para apoyar la organización de estas actividades, pero como no fue recibido de la mejor manera se dejó en manos de subdirección como jefe del área. No obstante, se hace énfasis que la generación de información oportuna es muy importante, al igual que la confiabilidad de la misma.

Seguimiento plan de trabajo MIPG: Se agendaron 4 actividades más quedando programadas 61 actividades en el plan de trabajo anual, en el momento se tienen 12 cumplidas, 8 con retraso, 14 en curso. Las actividades retrasadas corresponden a las políticas de integridad, fortalecimiento, atención al ciudadano y racionalización de trámites.

Se dio cumplimiento a las auditorías programadas en marzo con los siguientes resultados:

- Sede GMM, se tiene un cumplimiento de 564 requerimientos frente a 708 criterios específicos que le aplican a los servicios de la sede, lo cual corresponde a un cumplimiento de 79.7%. Ver cumplimiento por servicio. Se recomienda que se realice el cierre de atención del parto dado que no se cumple con infraestructura y se han realizado dos partos en dos años, el segundo nivel suplirá este servicio. Se solicitó a contratación que envíe la carta de comunicación a eps y dssa comunicado el cierre acorde al requerimiento de la resolución 3100 para este cierre.
- Urgencias, se tiene un cumplimiento de 106 requerimientos frente a 138 criterios específicos que le aplican al servicio de urgencias, lo cual corresponde a un cumplimiento de 76.8%. Ver cumplimiento por estándar. No se genera información del estándar de historia clínica dado que para urgencias no se contemplan requisitos únicos de este servicio, se debe dar cumplimiento al adecuado diligenciamiento y custodia por parte del personal.
- Cirugía, se tiene un cumplimiento de 85 requerimientos frente a 114 criterios específicos que le aplican al servicio de urgencias, lo cual corresponde a un cumplimiento de 74.6%. Ver cumplimiento por estándar.

De las auditorías de abril se encuentra pendiente la verificación de la infraestructura, estamos atentos a que el coordinador asistencial de fecha para realizarla.

Se recibió y aprobó la visita de habilitación del servicio de transporte asistencial medicalizado, inicialmente quedaron unos compromisos que se cumplieron para la segunda visita y el día 28 de abril se recibió la notificación de habilitación y se descargó el distintivo. Se espera empezar a funcionar 24 horas

Se agrega que con las ambulancias se han tenido muchas dificultades, se tienen 4 ambulancias, pero mantienen en el taller, en mayor proporción por el manejo de conductores, las chocan frecuentemente, y la última vez llevaron la ambulancia al taller de cuenta de ellos y no informaron al hospital, frente a este tema se revisará con control interno que proceso se debe realizar como correctivo ante esta conducta incorrecta. Cada ambulancia quedará en la sede a la cual pertenece por habilitación.

Cumplimiento Plan operativo: Para marzo se programaron 22 actividades, se le dio cumplimiento a 17 (77%). Para abril se programaron 7 actividades, de las cuales se ha dado cumplimiento a 1 (14%), las actividades atrasadas corresponden a las áreas de urgencias, grupo lamii, hospitalización y cirugía, comunicaciones, atención al usuario, talento humano y calidad. Frente al cumplimiento de las actividades programadas hasta este mes de abril se tiene un 70%, frente al cumplimiento total del plan se encuentra en un 14%.

5. Control interno

Se realizó seguimiento al plan de austeridad y plan anticorrupción, esto se debe subir a la web y a Sia Contraloria. Se está realizando auditoria a lo contractual y a la espera del furag, que sea enviado a finales de mes.

4 Seguimiento indicadores de gestión

Se generó la información correspondiente al primer trimestre donde se presentan los siguientes resultados:

Indicadores de Dirección y Gerencia

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: No se puede estimar dado que se realiza con la autoevaluación de acreditación del próximo ciclo. Se deja con 0 de calificación.
2. Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud: Se estima un cumplimiento del 90% dado que es un indicador que depende totalmente del seguimiento de las actividades. Calificación: 5
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: Se genera con las actividades cumplidas a la fecha acorde con las programadas para el primer trimestre, se han cumplido 26 de 27 programadas, es decir un 70%. Calificación: 1

Indicadores de Financiera y administrativa:

4. Riesgo Fiscal y Financiero: El ministerio debe generar la categorización del riesgo para la próxima vigencia, se estima Sin riesgo. Sin calificación
5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida: Se genera con datos a marzo por la auxiliar de presupuesto en 1.13. Calificación: 0
6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos: Se genera por el encargado de compras a marzo, \$1.898.958.787 en compras por medios electrónicos sobre \$2.003.075.703 para un 94%. Calificación de 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, y variación del monto frente a la vigencia anterior: En el primer trimestre de 2022 se cerró con deuda de \$84,539.293 y en este año con \$5.590.102.283, generando una variación positiva. Calificación: 0
8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS: Se estima un cumplimiento de 4 informes dado que se programan en las juntas y se ha venido haciendo control. Calificación: 5
9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: Se genera de la ejecución de ingresos de esta vigencia \$18.112.937.516 y la de la vigencia anterior \$62.861.129.156 para aun 0.28. Calificación: 0
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: Se ha rendido oportunamente. Calificación: 5
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya: Se ha rendido oportunamente. Calificación: 5

Indicadores de Gestión clínica o asistencial

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes: Se han auditado 31 historias, todas con adherencia por encima del 80%. Calificación: 5
13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: Se han auditado 48 historias, 47 con adherencia por encima del 80%, para un cumplimiento del 97%. Calificación: 5
14. Oportunidad en la realización de apendicetomía: Se han auditado 69 historias, 64 con oportunidad para la realización del procedimiento, es decir un 92%. Calificación: 5
15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual: No se han presentado. Calificación: 5
16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo del miocardio (IAM): Se han auditado 9 historias, 7 con oportunidad para el diagnóstico, para un cumplimiento del 77%. Calificación: 3
17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria: Se han analizado todas las mortalidades. Calificación: 5
18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría: 3.5 días para la asignación de cita. Calificación: 5
19. Oportunidad en la atención gineco-obstétrica: 6 días para la asignación de cita. Calificación: 5
20. Oportunidad en la atención de medicina interna: 1 día para la asignación de cita. Calificación: 5

Con esta calificación al primer trimestre se estima un ponderado de 3.39, para una calificación insatisfactoria.

Seg

5. Presentación de modificación al plan anual de auditorías internas, en este punto la funcionaria de control interno manifiesta la necesidad generada por parte de algunos funcionarios de realizar una auditoria al proceso de urgencias, y al área de inventarios con el tema de los vehículos (ambulancias- SEM). Después de analizada la situación sobre el manejo de estos vehículos, el comité por unanimidad aprueba estas dos auditorías, las cuales se le adicional al plan anual presentado en enero por parte del área de calidad y control interno.

6. Propositiones y varios

No hubo proposiciones

ACCIONES Y TAREAS

Descripción	Fecha	Responsable
Ninguna		

PARTICIPANTES

Nombre	Cargo	Asistió	Causa
Luis Carlos Mejía Quiceno	Gerente	Si	
Patricia Elena Quintero	Subdirectora Científica	Si	
Claudia María Angarita Gómez	Subdirectora Financiera	Si	
Ruby Esneda Marín López	Jefe de Control Interno	Si	
Cyntia Teresa Mogollón Jaimes	Asesora de Calidad	Si	

APROBACIÓN DEL ACTA

 Ruby Esneda Marín L.	 Luis Carlos Mejía Quiceno	Segundo semestre
Firma de quien Elaboró	Firma del Gerente o Responsable	Fecha Próxima Reunión:



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA

FORMATO DE ASISTENCIA
VERSIÓN 03Código
FEC0205005
Fecha:
Febrero 2023

Actividad	Reunion de comite Control I			Responsable	Control Interno - Gerencia	
Fecha	Mayo 03/2023		Horario	8-10	Lugar	Sala de Juntas H.S.J.
No	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	CARGO/SERVICIO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
1	X Patricia Elena Quintana	39'438 012	subdirectora cultura	subdirectora@hospitalnmg.gov.co		
2	Cynthia T Magaña Jarama	1.78.414.044	Asesora Calidad	calidad@hospital		
3	Claudia Marcela Puerta	1036926560	Coord. sede GTR	coordinaciongmm@hospitalnmg.gov.co	Claudia M Puerta C.	
4	Luis CARLOS METIA G	3.558.924	GERENTE	luis.carlos.metia@hospitalnmg.gov.co		
5	Mauro Giraldo	15438.096	Tesorero	tesorero@hospitalnmg.gov.co		
6						
7	Claudia Maria Angarita G	42'881.990	Subg. Adm. y Finanzas	financiera@hospitalnmg.gov.co		
8	Natalia T Hoyos Heron	39 449 219	T. Humano	jerethumano@hospital		
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

OBSERVACIONES