



MINDEFENSA



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-2018026971-HMC Id: 109312
Folios: 9 Anexos: 0 Fecha: 26-noviembre-2018 11:53:25
Dependencia: AUDITORIA MEDICA - AUME
Origen: Gladys Cespedes
Destino: CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ
Serie: 100-1.1 SubSerie: 100-1.1.1

Bogotá, D.C.,

Señora Brigadier General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Gn.

Asunto: Informe de Resultados Auditoría Integral Servicio de Urgencias.

En cumplimiento de la Ley 87/93, el rol de Evaluación y Seguimiento establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto Único Reglamentario 1083/15 y el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno 2018, a continuación me permito presentar el informe de la evaluación independiente del sistema de control interno de Atención Hospitalaria, específicamente el servicio de Urgencias, así:

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Direccionamiento Estratégico

1.1 Plan de Acción

Aun cuando el Servicio no utiliza el formato PL-OAPL-PR-04-FT-01 incluido en el sistema documental institucional de Plan de Acción, el servicio cuenta con documentos en donde se relacionan las actividades que aportan a dar cumplimiento al objetivo institucional 1. “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”, y la gestión se puede medir con base en los indicadores establecidos que son actualizados diariamente en base de datos de Excel; sin embargo, se observa que no se establecen objetivos operativos que proporcionen puntos de referencia de la gestión, no se establecen responsables de las tareas que se realizan y plazos. Por lo cual se está incumpliendo parcialmente con lo establecido en el Modelo Integrado Planeación y Gestión en su dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como con la política institucional de planeación integral del Código de Ética y Buen Gobierno, que establece que todo proceso en el Hospital debe tener un planeamiento previo que organice, simplifique, optimice y racionalice la labor de la entidad y con la Resolución 084/18 conformación de Grupos Internos, Numeral 1. Artículo Tercero que indica que los Responsables de los Servicios Asistenciales y Áreas Administrativas deben diseñar el plan de acción del Servicio y/o Área y efectuar la respectiva medición, evaluación,



MINDEFENSA



análisis y reporte de resultados de acuerdo a las metas e indicadores establecidos en el mismo.

Dando cumplimiento a los estándares de habilitación el servicio genera informes donde mide mensualmente los indicadores básicos correspondientes a uso de los servicios, acceso y mortalidad, tales como: niveles de pacientes, oportunidad y promedios de tiempos, realizándolos de forma comparativa con los meses anteriores, resultados que permite medir la gestión de acuerdo con las metas establecidas por el servicio, así:

El promedio de pacientes atendidos mensualmente es de 6.515, de los cuales el 1% corresponden a atención en triage I, la meta establecida es que el 2% de los pacientes que se atienden correspondan a este tipo de urgencia; en el triage II se atiende el 19%, la meta establecida es el 28%; en triage III se atiende el 40% de los pacientes, la meta es del 30%; en triage IV se atiende 31%, la meta es el 30% y en el triage V se atiende el 9% la meta es el 10% , lo que demuestra que los pacientes atendidos con urgencias de nivel II y III son los de mayor afluencia en el Servicio y son los que más afectan las mediciones y el cumplimiento de metas establecidas. Los indicadores como los de oportunidad de atención, mortalidad y reingreso, evalúan adecuadamente el servicio por cuanto se encuentra por debajo de los tiempos establecidos, con una ágil atención de pacientes de acuerdo con su nivel de urgencia, sin porcentaje de mortalidad y niveles de reingreso por debajo del 1%.

Sin embargo no se evidencio la existencia de mediciones estratégicas correspondientes a grupos de población, factores de riesgo, morbilidad, tales como: motivos de consulta, frecuencia de uso, morbilidad y picos epidemiológicos, pacientes atendidos de acuerdo a su edad, categorización de diagnósticos por grupo poblacional, interconsulta por servicios, entre otros, los cuales permitirían contar con información que contribuya a análisis de la prestación del servicio y que garantizarían una mejor formulación y monitoreo de las políticas y así lograr una sobresaliente planeación, gestión y efectividad del Servicio.

2. Modelo de Operación por Procesos

Sobre la actualización de procedimientos, protocolos y manuales, se observa que en la intranet el Servicio Urgencias cuenta con doce procedimientos, cuatro guías de manejo y tres manuales, al respecto se evidencia que están dando cumplimiento con lo establecido en los Sistemas de Calidad sobre la mejora continua, por cuanto los documentos se encuentran vigentes y en versiones 2 y 3, garantizando la permanente revisión de estos documentos; en el procedimiento UR-URGN-PR-16 “Inducción Personal Médico en el Servicio de Urgencias” se observa que en la primera actividad correspondiente a la selección de personal establecen como una de las tareas la aplicación de la prueba 16/PF, que están aplicando; sin embargo, esta actividad es propia de la Unidad de Talento Humano, adicionalmente el servicio no cuenta con un profesional de psicología que realice la evaluación de la misma, siendo interpretada por el Jefe del Servicio y la Enfermera Jefe que cumple funciones



MINDEFENSA



de coordinación administrativa.

3. Políticas de Operación

En el Código de Ética Institucional se establece como política de Urgencias que el Hospital es una reserva estratégica de la nación y responde oportunamente ante eventos de urgencias a nivel del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, Distrital y/o Nacional; para dar cumplimiento a la misma, se realizan constantes evaluaciones a la infraestructura y los hallazgos son informados al Área de Mantenimiento para su reparación. Al respecto se evidencia que no se han realizado reparaciones que también afectan la prestación del servicio como son: cambio de las lámparas, reparación de puerta de ingreso principal, instalación de lavamos de la salas de observación c, d y pediatría falta mantenimiento arreglo y cambio de sanitario observación Norte A, adecuación de tapa sanitario pediatría, cambio de Vidrio 1.95 x 1.54 Observación norte C, dotación del desfibrilador del carro de paro designado a Pediatría, divisiones en los consultorios entre el área de entrevista y el área de examen del paciente Resolución 2003 de 2014, para dar cumplimiento a los estándares de habilitación, dotación completa en los consultorios, adquisición de pesa para bebés, órganos de sentidos, cintas métricas, carros de medicamentos y procedimientos, lámparas pielitis del área de procedimientos.

En cuanto a la política de educar a los usuarios desarrollando estrategias de promoción y prevención de salud, el servicio cuenta con dos plegables de información, uno sobre la visita a pacientes y el otro sobre la atención del triage los cuales fueron construidos durante la vigencia 2015, sin que se observe la actualización de los mismos en donde se incluyan los cambios de infraestructura que ha tenido el servicio, la inclusión de sistemas de información, entre otros.

Durante las reuniones del Servicio se informan las políticas tales como el programa caritas, que permite identificar los pacientes con alto riesgo de tal forma que todo el personal del Servicio este pendiente de los mismos y cual ha tenido índices de satisfacción disminuyendo los eventos adversos. El direccionamiento estratégico del servicio es dado a conocer en las reuniones con el personal, sin embargo, no se evidencio que estas políticas de operación las cuales están orientadas a dar guías de acción y definen los límites y controles, en la ejecución de las actividades estén documentadas.

4. Administración de Personal

El Servicio lleva carpetas A-Z en donde reúne la información correspondiente a las novedades de personal, tales como incapacidades, permisos, informes, comunicaciones, entre otros, separados por cada uno de los funcionarios; esta información es enviada a la Unidad de Talento Humano inmediatamente se produce, la constancia de recibido queda en la copia del documento original que se guarda en la carpeta. Estas carpetas son utilizadas para soportar la evaluación de cada uno de los funcionarios; el Servicio realiza seguimiento a las jornadas laborales del personal sin embargo no diligencia la planilla



MINDEFENSA



“Control de horarios personal de Planta” código GH-NOMI-01-FT-04; ni se realiza seguimiento a la actualización de la hoja de vida en el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público “SIGEP”.

La programación de turnos se realiza oportunamente, es informada al personal y publicada en el servicio de tal forma que se dé cumplimiento a la misma, se evidencia que se está diligenciando el formato de cambio de turno cuando este es requerido por algún funcionario y el reporte de diario de recargos nocturnos, dominicales, festivos y horas extras, se realiza adecuadamente en el formato GH-NOMI-PR-01-FT-06. Para el control de las novedades se lleva una base de datos en Excel; así como los días de compensación por los dominicales y festivos laborados, sin que se presente acumulación, siendo supervisado por las personas asignadas por la Jefatura del Servicio para esta función.

El servicio realiza capacitaciones con el apoyo de Especialistas, Médicos Generales, Epidemiología, Seguridad y Salud en el Trabajo, en donde se hace fortalecimiento de las competencias laborales, pero no se encuentran incluidos en el plan anual de capacitación institucional. Las capacitaciones que durante la presente vigencia se han realizado, han sido sobre manejo de asma, síndrome neurológico maligno, difteria, detección temprana sarampión/rubeola y tosferina, violencia sexual, normas de bioseguridad, manejo de residuos, lavado de manos, limpieza y desinfección, tipos de aislamiento, se hacen registros de asistencia y se levantan actas de estas jornadas.

5. Contratos

El servicio realiza la supervisión de los médicos contratistas, en donde se les asignan actividades de acuerdo a su objeto contractual, observando que el nivel de rotación de estos profesionales ha disminuido en un 9% respecto a la vigencia anterior. Los informes de supervisión se diligencian en el formato establecido especificando el comportamiento financiero, pero no se relacionan las actividades puntuales que los contratistas realizan, si dan cumplimiento adecuado a las obligaciones contractuales, y si cumplen o no con las normas de bioseguridad, entre otros aspectos que deben ser incluidos en este informe.

6. Administración Documental

Cuenta con un archivo de gestión, ordenado en carpetas clasificadas e identificadas de acuerdo al contenido de las mismas, tales como correspondencia enviada y recibida, contratos, estadísticas, epidemiología, prestación de servicios, sin embargo se observa que no se está dando cumplimiento a la política de gestión documental, por cuanto desde hace dos años no se ha realizado la revisión de la tabla documental y por tanto no se ha actualizado los lineamientos para la custodia de la información de acuerdo a su grado de confidencialidad, contenida en los archivos documentales de gestión que tiene el Servicio y de esta forma establecer la trazabilidad de la memoria institucional, por lo que no se ha realizado trasladados al Archivo Central.

Aun cuando se está haciendo uso de los mecanismos tecnológicos con los que



MINDEFENSA



cuenta el Hospital como Control.doc, Outlook, dinámica gerencial, aun se continúa imprimiendo documentación, como oficios, hojas de indicadores e informes, correos electrónicos, entre otros, incumplimiento la política de cero papel.

7. Inventario de Insumos

Los insumos son solicitados a través del sistema de información de acuerdo con los requerimientos de los médicos; por tanto no tiene custodia de este tipo de bienes, evidenciando que cuando este falla, las solicitudes se realizan de manera manual.

8. Inventario de Bienes

En el sistema de información la custodia de los bienes se encuentra a nombre del Jefe del Servicio, actualmente se está adelantando la actividad de subrogación de inventario para dar cumplimiento al oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11, ya se ha adelantado con los funcionarios del Servicio, sin embargo, falta por subrogar los bienes que se encuentran ubicados en las áreas de la jefatura y las alas sur y norte.

9. Cumplimiento Resolución 2968 de 2015 Artículo 8 Requisitos Higiénico Sanitarios Locativos y de Personal

Se observó personal que no está haciendo uso de los elementos de bioprotección y por tanto no acatan recomendaciones dadas por el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo (SGSST), a pesar que reciben estos elementos en forma periódica; se evidencia que cuenta con adecuado y revisado equipo para prevención de incendios.

10. Sistema de Información

El sistema de información está siendo utilizado en los procesos del Servicio, se evidencian errores en los ingresos realizados por el Servicio, las cuales son corregidas por admisiones Hospitalarias, los errores evidenciados corresponden a categoría del paciente, fuerza a la que pertenece, digitación en nombres y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, EPS, en los reingresos de pacientes se observan errores como que en el ingreso inicial pertenecen a una EPS y se registran como particulares, situación que afecta el proceso de facturación. Ejemplo de ello son los ingresos 4950017, 4950338. 4950358 del 24 de septiembre/18, 4957989, 4958011 del 27 de septiembre/18 y 4958081 del 28 de septiembre/18.

11. Mapa de Riesgos

Mediante la Resolución 512 del 21 de junio de 2016, se adopta la política de administración de riesgo y se aprueban los mapas de riesgo por procesos, identificando como riesgo del Servicio el fallecimiento de pacientes por ocurrencia de eventos adversos; en la revisión de la materialización del mismo,



MINDEFENSA



se hacer la revisión del reporte de eventos adversos, observando que en el transcurso del año el servicio a reportado 11 eventos, de los cuales el 64% corresponde a fuga de pacientes, en su mayoría sin acompañantes o con trastornos psicológicos, evidenciando que los puntos de control establecidos tales como inducción al personal, reporte de indicadores y lista de verificación no son eficientes en este tipo de eventos, el 9% a caídas, 9% desnutrición, 9% flebitis y 9% retiro voluntario. Se observa que estos eventos que si se han materializado no están incluidos identificados en el mapa de riesgos.

No se ha realizado la identificación de riesgos de corrupción y no se ha efectuado los monitoreo y seguimiento periódico a los riesgos, por lo que no se está dando cumplimiento al artículo 4 Alcance y Responsabilidades Especificas Nivel Táctico de la Resolución Interna 512 del 21 de junio/16.

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR AUDITORIA MÉDICA

Se realizaron las actividades de auditoria de aplicación de listas de verificación de cada procedimiento y protocolo del servicio, entrevista a personal Enfermería (Jefes y Auxiliares), Jefe de Servicios, médicos de turno, verificación (observación directa) a los servicios y verificación de historia clínica manual y en el Sistema de información sobre casos puntuales, así:

1. Procedimiento: Ingreso y Egreso del Usuario, código: AA-AH-ENFE-PR-06, fecha de emisión: 01-07-2014, versión: 03.

Ítem 3, que hace referencia Ubicar al usuario en la unidad, no se cumple con el procedimiento de colocación de bata, para ubicar al usuario en la camilla de observación; con relación al registro de alergias en historia clínica no se evidencia en notas si el paciente es alérgico.

2. Procedimiento: Sistema de Identificación de Pacientes en los Servicios Asistenciales, código: PM-ENFE-PR-136, fecha de emisión: 31-10-2017, versión: 03.

Ítem 11, al ingreso del usuario al servicio de urgencias no se evidencia en historia clínica el registro de los riesgos (Riesgo de Caída y Escala de BRADEN) en las notas de Enfermería.

3. Anexo: Revisión, Actualización y Mantenimiento del Carro de Paro código: CI-ANES-GM-19-DI-01, fecha de emisión: 06-02-2018 versión: 04.

Ítem 2, Carro de paro de reanimación adulto:

Succionador incompleto para su correcto funcionamiento. (falta manguera y filtro).

En el formato de verificación de prueba de funcionamiento de desfibrilador nihon koden sin registro de nombre del jefe de la tarde y noche.

Carro de paro de reanimación pediátrica:

En el formato de verificación de prueba de funcionamiento de desfibrilador nihon koden sin registro de nombre del jefe de la tarde y noche.



MINDEFENSA



Ítem 4, Carro de paro de reanimación adulto:

Ausencia de apósito trasparente para Venopunción, evento que se corrige en el transcurso de la auditoria.

Ítem 6, Carro de paro de reanimación adulto:

En el formato control apertura de carro de paro la del 14 de septiembre de 2018, no se evidencia la persona que hace la apertura y el cierre del carro y en la apertura del 7, 17, 19 y 25 de septiembre de 2018 no se evidencia la persona que hace el cierre del carro.

Ítem 7, Carro de paro de reanimación adulto: En el formato: actualizado de revisión y control de carro de paro reanimación inicial:

Verificación del 25 de septiembre 2018, no se evidencia nombre del Jefe y Auxiliar que realizan la verificación.

En ítem el medicamento Naloxa amp 0,4 mg sin registro de fecha de vencimiento.

La verificación del 1 y 2 de octubre de 2018, se evidencia sin nombre de Auxiliar de Enfermería.

Carro de paro de reanimación pediatría:

No disponibilidad de hoja de laringoscopia curvo N° 0 y medicamento Gelifundol.

Carro de paro de Observación Sur de Urgencias: En el formato: actualizado de revisión y control de carro de paro:

Verificación del 25 de septiembre 2018, no se evidencia nombre del Jefe y Auxiliar que realizan la verificación.

En revisión del 28 de septiembre sin nombre de Auxiliar que realiza verificación.

4. Procedimiento: Piel Sana, Código: AA-AH-ENFE-PR-144, fecha de emisión: 01-07-2014 versión: 02.

Ítem 1: Sin aplicación de escala de BRADEN, nombre ilegible de la persona que diligencia la escala, sin diligenciamiento de barreras de seguridad.

Ítem 3: Paciente con riesgo de piel alto, al cual no se evidencia aplicaciones de barreras de seguridad en registros de enfermería. (Ver Anexos).

5. Procedimiento: Prevención de Caídas, Código: PM-ENFE-PR-149 fecha de emisión: 31-01-2018 versión: 03.

En los formatos se evidencia en la escala: registro no legible de clasificación del riesgo y nombre la persona que realiza el registro, espacios en blanco en los diferentes ítems de la escala, registro con tachones al diligenciar la escala.

Ítem 10 no se evidencia aplicaciones de barreras de seguridad en registros de enfermería, Paciente con riesgo de piel alto.

6. Procedimiento: Normas Básicas para la Elaboración de Registros Clínicos de Enfermería, Código: AA-AH-ENFE-PR-110, fecha de emisión:



MINDEFENSA



23-07-2014. versión: 02.

Ítem 3: Al ingreso del paciente al área de observación no se registra en historia clínica: Lugar de procedencia del paciente, acompañante, riesgos (riesgo de caída, escala de BRADEN) y/o alergias.

Ítem 4: Registros incompletos no hay registro de estado de piel y barreras de seguridad en riesgo alto.

Ítem 5: Registros incompletos, no hay registro de estado de barreras de seguridad implementadas en riesgo alto.

7. Procedimiento: Punción Venosa Periférica y Cambio de Líneas I.V. Código PM-ENFE-PT-02, fecha de emisión: 29-08-2017, versión 05.

Ítem 18. Los registros que se relacionan con la Venopunción, no son completos, no se describe número de intentos, fallidos o efectivos, lugar de la Venopunción, número del calibre del catéter utilizado, solución y/o mezcla parenteral instalada, velocidad, goteo, miembro, complicaciones asociadas.

En el ítem 5 que hace referencia a solicitar autorización del procedimiento a través de la firma del consentimiento informado, no se está realizando, la canalización se realiza sin firma de autorización del usuario.

Instructivo: Respuesta a interconsultas, código: UR-URGN-IN-01, fecha de emisión: 08-10-2014, versión: 01.

Ítem 18. No adherencia a los tiempos de respuesta de interconsulta en las especialidades presenciales y de disponibilidad.

Los tiempos de respuesta de interconsulta de especialidades de disponibilidad están por fuera del estándar.

Procedimiento: Atención Integral de Paciente en Urgencias, código: UR-URGN-PR-03, fecha de emisión: 12-03-2018, versión: 06

Ítem 1 y 2. Se identificaron estancias en el área de Observación de General y Cuidado Crítico con un tiempo mayor a 24 horas en espera de definir manejo definitivo.

Procedimiento: Atención Integral de Paciente en Urgencias, código: UR-URGN-PR-03, fecha de emisión: 12-03-2018, versión: 06.

Ítem 10. La dispensación de medicamentos ambulatorios se encuentra ubicada por fuera del área física Urgencias, el paciente debe salir del edificio y retornar nuevamente, lo que genera un riesgo para el paciente.

Procedimiento: Entrega de Turno y Ronda Medica Área de Urgencias código: UR-URGN-PR-05, fecha de emisión: 04-11-2014, versión: 02.

Ítem 1, No se cuenta con un libro de entrega de turno, se diligencia a diario en el computador en una hoja de texto en Word pad la cual no permite ser almacenada en el computador.

Instructivo: Bitácora de Llamadas Solicitud Interconsulta y Paraclínicos, código: UR-URGN-PR-03-IN-03, fecha de emisión: 20-08-2015, versión: 01.

Ítem 1, 4 y 5: En la bitácora, no se registra: nombre completo del paciente que requiere la interconsulta, nombre de la persona que solicita el



MINDEFENSA



procedimiento, nombre completo de la persona que realiza la llamada ni si requirió el traslado, la hora de atención y quien realiza el traslado.

La persona encargada de realizar las llamadas no cuenta con teléfono fijo en su puesto de trabajo, ni celular institucional.

Las especialidades de Oftalmología, Ortopedia y Coloproctología para el mes de octubre no entregó disponibilidad de llamado.

Hay especialidades que no contestan las extensiones o los celulares de los servicios, demorando los tiempos de notificación.

Los pacientes ambulatorios son direccionados a los consultorios de Consulta Externa por sus propios medios, sin el acompañamiento de camillero a las diferentes especialidades.

En el turno de la mañana se evidencia una persona asignada para la función de llamadas, en el turno de la tarde y noches no se cuenta con este recurso, esta función la realiza la Jefe que tiene asignado por rotación Observación de Pediatría, lo cual está sujeto a ocupación de camas.

Procedimiento: Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Institucional, código: AD-LABO-PT-03, fecha de emisión: 26-06-2018, versión: 04

Ítem 2 y 3 Se evidencia la marcación de los tubos de muestras con un solo apellido y en el libro de registro de muestras de laboratorio no se tiene como parámetro la identificación de paciente.

Manual: General de Bioseguridad Hospital, código: GH-MEPT-MN-01, fecha de emisión: 17-11-2017

En la verificación al servicio de Urgencias, se identifica la no utilización de los elementos de protección ocular (gafas, monogafas o visor); de igual manera se identifica falencias en los 5 momentos de la higiene de manos.

En el área de toma de muestras y administración de medicamentos ambulatorios, el Auxiliar de Enfermería encargado no realiza registro del medicamento, vía de administración, fecha y hora en historia clínica de cada paciente, lleva el registro en un libro que permanece en Urgencias de los pacientes que ingresan a diario, esta área no cuenta con procedimiento escrito de todas sus actividades.

Conclusión

De acuerdo con la evaluación efectuada se hace la calificación del grado de madurez del Modelo Estándar de Control Interno, tomando como base la Guía de Auditoría para entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, presentando un avance del 72%, encontrándose en el rango de 60% a 89%, por lo que se establece que el Modelo cumple, con los requisitos mínimos y tiene leves deficiencias tales como incluir el plan operativo en el formato institucional, actualizar folletos de información a usuarios, actualizar procedimientos de inducción de personal, las cuales deben solucionarse para que el Sistema de Control Interno sea eficaz.

No adherencia en los registros de los diferentes instructivos y procedimientos



MINDEFENSA



para el servicio incumpliendo los atributos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, así como incumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.

Advertencia

El procedimiento UR-URGN-PR-15 “Inducción Personal de Enfermería en el Servicio de Urgencias” perderá vigencia en el mes de marzo de 2019 al cumplir cinco (5) años a partir de su fecha de emisión, por lo cual se deben realizar adelantados en la revisión del mismo para su actualización para dar cumplimiento lo establecido en el Modelo Integrado de la Gestión Pública MIPG.

Recomendaciones

Elaborar un Plan de Mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en la presente evaluación, indicando las acciones correctivas, el tiempo de ejecución y los responsables, en donde se incluya entre otros puntos los siguientes:

1. Dar cumplimiento a la Resolución 084/18 conformación de Grupos Internos, Numeral 1. Artículo Tercero que indica que los Responsables de los Servicios Asistenciales y Áreas Administrativas deben diseñar el plan de acción del Servicio y/o Área y efectuar la respectiva medición, evaluación, análisis y reporte de resultados de acuerdo a las metas e indicadores establecidos en el mismo, por lo cual se debe elaborar el plan de acción operativo en el formato institucional PL-OAPL-PR-04-FT-01, incluyendo en el mismo cronograma e indicadores para la medición periódica de las actividades que realizan, con el cual se pueda evaluar la adecuada gestión del Servicio.
2. Establecer mediciones estratégicas correspondientes a grupos de población, factores de riesgo, morbilidad, tales como: motivos de consulta, frecuencia de uso, morbilidad y picos epidemiológicos, pacientes atendidos de acuerdo a su edad, categorización de diagnósticos por grupo poblacional, interconsulta por servicios, con el fin de contar con información que contribuya a análisis de la prestación del servicio y que garantizarían una mejor formulación y monitoreo de las políticas del Servicio.
3. Iniciar la revisión de los procedimientos con el fin de realizar la actualización de los que se encuentren próximos a vencer, así como modificar los que tengan dentro de sus actividades tareas que no sean propias del Servicio, y de esta forma poder contar con documentos que definan de forma secuencial, detallada y precisa las diferentes actividades que componen los procedimientos concretos, y así dar cumplimiento a lo exigido en el Modelo Integral de Planeación y Gestión.
4. Diligenciar la planilla “Control de horarios personal de Planta” código GH-NOMI-01-FT-04, establecida por la Unidad de Talento Humano; verificar que los funcionarios y contratistas del Servicio cumplan con su obligación de actualizar la hoja de vida en el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público “SIGEP”.



MINDEFENSA



5. Coordinar con el Área de Capacitación y Bienestar la inclusión del personal en el Plan Anual de Capacitación de tal forma que se dé cumplimiento a la obligación de la actualización en competencia laborales-funcionales y comportamentales de los funcionarios del Servicio.
6. Coordinar con el Área de Archivo Central con el fin de determinar los procedimientos necesarios para la adecuada custodia o eliminación de los archivos de vigencias anteriores al 2016, de tal forma que se dé cumplimiento a los criterios de organización establecidos en la Ley 594 de 2000.
7. Dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 512/16, realizando el monitoreo a los riesgos identificados y presentando el informe en donde se establezcan los hechos que pueden afectar la gestión del Servicio; así como identificar los riesgos de corrupción que aún no se encuentran incluidos en el mapa de riesgos.
8. Mejorar el control del uso correcto de estos elementos de seguridad por parte de los funcionarios, dando cumplimiento a las normas de bioseguridad.

Para la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico

9. Retroalimentar y evaluar el cumplimiento a los diferentes instructivos y procedimientos del servicio concordantes con los hallazgos registrados.
10. Promover el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 en cuanto al cumplimiento de los registros.
11. Verificación y seguimiento continuo por parte del Jefe de Servicio a la clasificación de Triage, así como de la atención integral de urgencias.

Atentamente,

Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Adriana Magali Cuevas
Muñoz
Julio Ernesto Cárdenas Pulgarín

Revisó: Co (RA). Martha Rocío
Pedraza Auditoría Médica



MINDEFENSA

