



MINDEFENSA



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-2018019421-HMC Id: 93331
Folios: 17 Anexos: 0 Fecha: 04-septiembre-2018 10:32:04
Dependencia: OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCIN
Origen: Gladys Cespedes
Destino: CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ
Serie: 101-3 SubSerie: 101-3.3

Bogotá, D.C.,

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

Asunto: Informe de Resultados Auditoría Integral a los Servicios Salas de Cirugía, Central de Esterilización y Anestesia.

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 del Proceso Cirugía (Hoy Atención Hospitalaria), específicamente Servicios Salas de Cirugía, Central de Esterilización y Anestesia, así:

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Direccionamiento Estratégico

1.1 Plan de Acción

1.1.1 Salas de Cirugía

El servicio elabora el Plan de Acción Operativo en el formato PL-OAPL-PR-04-FT-01 incluido en el sistema documental institucional, en donde se relacionan actividades para el cumplimiento del objetivo institucional 1. “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”, estableciendo como objetivo operativo “Brindar atención oportuna a los usuarios que van a ser llevados a cirugía”

Implementan 10 actividades a las cuales se le proponen responsables, cronograma e indicadores. Existen diferencias entre conceptos, indicadores ineficientes, periodicidad, que hacen que este plan no sea una herramienta que dé cobertura en la realización de trabajos de impacto, ni permita la adecuada medición de la gestión del Servicio, así:



MINDEFENSA



- Diferencias entre indicadores y periodicidad, como es el caso de la actividad 2 “Divulgar, evaluar y verificar adherencia del proceso quirúrgico en Salas de Cirugía y realizar la actualización si se requiere de estos, de acuerdo con la realidad del servicio y la evidencia”, que tiene como indicador: Auditoria mensual para evaluar cumplimiento de protocolos básico de salas de cirugía, pero la periodicidad de presentación y evaluación es anual.

- Algunos indicadores no son medibles como es el caso de: Numero de preasignaciones realizadas en el año, el cual fue establecido para la actividad 3 “Realizar ajustes en la preasignación de salas de cirugía, de manera dinámica de acuerdo con el número de boletas pendientes de cirugía por servicios”, esta misma actividad presenta diferencias en la periodicidad de su evaluación, ya que se realiza mensualmente, el indicador es anual y la presentación de resultados semestral.

- En la actividad correspondiente al cumplimiento de las acciones encaminadas a disminuir la presencia de infecciones del sitio operatorio, el indicador no permite medir adecuadamente la misma, debido a que establece como medida el número de observaciones de lavado de manos bien realizado/número de observaciones realizadas en un periodo de tiempo, lo que deja por fuera la medición de actividades como novedades de limpieza, desinfección y control de temperatura, adicionalmente no se observó que el Servicio lleve un registro de lavado de manos en donde se especifique cantidad de veces que se lavan las manos y si están o no bien realizado.

1.1.2 Servicio Central de Esterilización

El servicio no elaboró un plan de acción operativo, lo que genera que no cuenten con una herramienta en donde se fijen los objetivos operacionales, se indiquen las actividades a realizar durante la vigencia y sus plazos de ejecución, impidiendo un seguimiento adecuado a la gestión, por lo que no se está dando cumplimiento al principio de autocontrol sobre el desarrollo, control y evaluación de su trabajo, impidiendo detectar desviaciones y efectuar correctivos.

1.1.3 Servicio de Anestesia

El servicio elabora el Plan de Acción Operativo en el formato PL-OAPL-PR-04-FT-01 incluido en el sistema documental institucional, en donde se relacionan actividades para el cumplimiento del objetivo institucional 1. “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”, estableciendo como objetivo operativo “Brindar atención oportuna a los usuarios que van a ser llevados a cirugía”

- Se implementan seis actividades las cuales presentan errores en la formulación de indicadores en aspectos como temporización, por cuanto se programan actividades mensuales, pero en la periodicidad no concuerda, como es el caso de la planeación de recursos necesarios para brindar la atención adecuada y oportuna que tiene como unidad de medida informes mensuales



MINDEFENSA



pero la periodicidad es anual; igual situación se presenta con las actividad de divulgación, evaluación y verificación de la adherencia al diligenciamiento de controles mínimos en seguridad del paciente como lo es el correcto diligenciamiento de la parada de seguridad, elaboración de los registros completos de manera objetiva, veraz y concisa de la historia clínica; que es medida con informes de auditoría mensual, pero su periodicidad es anual y semestral respectivamente.

- En el caso de las actividades de: verificar el cumplimiento de las acciones encaminadas a disminuir la presentación de eventos adversos, consolidar y reportar la información para bases de datos y control de los indicadores del servicio y la actualización de guías de manejo y protocolos de acuerdo con los cambios realizados para cumplimiento de los estándares de habilitación, se observa que mensualmente se realiza reporte de actividades del servicio a la Unidad Médico Quirúrgica.

- En la primera actividad correspondiente a la planeación de recursos, se especifica el seguimiento a la valoración preanestésica y consentimiento informado firmado, a la cual no se le fija un indicador, por tanto, no puede ser medida la gestión que se realiza sobre la misma.

- No se ha elaborado informe de avance del plan operativo, indicando las actividades desarrolladas de acuerdo a los cronogramas propuestos, por lo cual no se han detectado desviaciones en la consecución de objetivos y metas, ni un análisis del cumplimiento y avance, generando que no se esté realizando una adecuada medición de la gestión y de la cobertura en la ejecución de trabajos e impacto de los mismos, situación limita y parcializa la evaluación del personal, debido a que este documento es un insumo para definir la gestión de cada uno de los funcionarios.

2. Modelo de Operación por Procesos

Sobre la actualización de procedimientos, protocolos y manuales, se observa que en la intranet el Servicio de Salas de Cirugía cuenta con tres procedimientos y un manual, los cuales no cumplen con lo establecido en los Sistemas de Calidad sobre la mejora continua, por cuanto no da cumplimiento al numeral 4, literal: 3 Documentos Internos del procedimiento PL-CLDD-PR-01 Control de Documentos en donde se establece que las vigencias de los documentos están dadas por cinco (5) años a partir de su fecha de emisión excepto aquellos casos que se requiera modificar, revisar y/o actualizar por exigencias normativas o cambios en las actividades o tecnologías en periodos inferiores al previamente establecido, por cuanto los documentos no reflejan la realidad actual del Hospital, dos de los tres procedimientos no se encuentran actualizados, así:

- El procedimiento QX-SACI-PR-02, Coordinación administrativa en el proceso quirúrgico, no se encuentra actualizado, está en su primera versión del 4 de noviembre/14, el cual tiene por objetivo coordinar los recursos humanos,



MINDEFENSA



físicos y tecnológicos para la atención del paciente quirúrgico, teniendo en cuenta la complejidad, prioridad del paciente y del procedimiento. En el caso de cirugía programada, aun cuando se cuenta con el Sistema de información institucional, se realizan muchas actividades de forma manual desaprovechando el recurso tecnológico, dentro de las cuales se encuentran: asignación de recurso humano para las cirugías, (anestesiólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, instrumentadora), recursos físicos (equipos, elementos médico quirúrgicos, medicamentos), adicionalmente en el procedimiento se establece como puntos de control, libros y planillas de áreas diferentes a Salas de Cirugía como Central de Esterilización, cuando podría estar siendo interfaseado y controlado en el sistema de información institucional, como si se hace con los pacientes hospitalizados.

- El manual publicado corresponde a la primera y única versión del Manual de aplicación de la lista de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de verificación de la Seguridad de la cirugía 2009, en la información consultada existe información como la guía para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos del Ministerio de Salud, recuperada en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>, que tiene información actualizada al 2015 y también cita el Manual de la OMS.

- En cuando a la actualización de procedimientos, guías, protocolos y manuales se observa que no se ha realizado adecuadamente, incumpliendo lo establecido en el plan de acción operativo; en cuanto a la actualización del procedimiento CI-SACI-PT-06 realizada el 10/05/18, no se realizó la actualización de la lista de chequeo la cual tiene fecha del 15/10/13 y no incluye actividades como incluir la necesidad de mantener uñas naturales y la postura del uniforme durante la actividad de lavado, ninguna actividad de lavado de manos en seco, entre otros.

3. Políticas de Operación

3.1 En el direccionamiento estratégico no cuentan con políticas de operación que orientan y den guías de acción, definiendo los límites, controles, estableciendo los parámetros para ejecutar los procedimientos y actividades de cumplimiento de la función de los Servicios, no se realizan actividades de grupo en donde se socialice el direccionamiento.

3.2 No se da un adecuado destino final al material reciclable, por cuanto no se entrega al Área de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, sino que es recogido por la firma contratista de Aseo, perdiendo la posibilidad de recolectar fondos por este concepto.

4. Administración de Personal

Las evaluaciones de los funcionarios superan los 95 puntos, poniéndolos en un



MINDEFENSA



lugar de excelencia, sin embargo se observa que no se cumple con aspectos como control sobre las novedades de personal debido a que no se diligencia el formato “Registro de Ingreso y Salida a la Jornada Laboral”, no se hace reporte oportuno y envío de documentación soporte a la Unidad de Talento Humano de incapacidades, cambios de vacaciones, permisos; estos documento no se encuentran archivados de forma cronológica y exclusiva en una carpeta que permita tener esta información a la mano, motivo por el cual es dispendioso buscar la información correspondiente a la administración de personal.

En el Servicio Central de Esterilización la profesional responsable del 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, remisión que se realiza sin oficio, la constancia de recibido queda en la copia del documento original que se guarda en la carpeta. No se cumple con aspectos como control sobre las novedades de personal debido a que no se diligencia el formato “Registro de Ingreso y Salida a la Jornada Laboral”; La información de las novedades ocurridas con el personal no queda registrada en los folios de vida, ni en la evaluación que se realiza a los mismos, sin embargo, estos son calificados en niveles de excelencia.

La programación de turnos se realiza de un mes para otro, 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, en donde se informa sobre los días otorgados como compensatorios, a la fecha el Servicio se encuentra al día con los empleados en el tema de compensatorios.

El servicio no cuenta con un plan anual de capacitación para el personal, en donde se garantice el fortalecimiento de las competencias laborales, ni se encuentran incluidos en el plan anual de capacitación institucional. Las capacitaciones que durante la presente vigencia se han realizado, corresponden a las impartidas por el Área de Seguridad y Salud en el Trabajo y por las firmas proveedoras del Hospital, así:

CAPACITACIÓN	CANTIDAD DE PERSONAL ASISTENTE	IMPARTIDA POR
Limpieza y desinfección de ambus	13	Seguridad y Salud en el Trabajo
Habilitación	9	Área Calidad
Detergente Enzimático Lubricante	19	LM Instruments
Salud Ocupacional	11	Seguridad y Salud en el Trabajo

Se cuenta con carpetas maestras físicas de hojas de vida de los funcionarios en



la Unidad de Talento Humano, en donde se van archivando los documentos soportes de la misma tales como solicitud de permisos, vacaciones, incapacidades, comunicaciones, entre otros, sin embargo, se observa que no se actualiza correctamente la hoja de vida en el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público “SIGEP”.

En el Servicio de Anestesia se cuenta con siete especialistas de planta, los cuales de acuerdo a las agendas médicas programadas no dan cumplimiento a la jornada laboral de 44 horas establecida, así:

Identificación Especialistas	Días Programados	Jornada Programada	Cantidad Horas Jornada	Total Horas Laboradas en la Semana	% Cumplimiento Jornada Laboral
45.464.359	Martes	AM y PM	12	18	41
	Viernes	AM	6		
51.734.743	Lunes a viernes	AM	6	30	68
19.455.399	Martes	AM y PM	12	18	41
	Miércoles	AM	6		
80.798.190	Jueves	AM y PM	12	18	41
11.306.662	Martes	AM y PM	12	24	55
	Miércoles	AM y PM	12		

Los doctores identificados 51.685.030 y 19.428.883 no están programados en las agendas, asegurando que laboran turnos nocturnos en horario de 19:30 p.m. a 07:30 a.m. de acuerdo a secuencia cada quinta noche, información que no fue soportada.

Para completar la jornada laboral se asegura que los especialistas realizan turnos nocturnos y de fines de semana presenciales, sin que esta información sea evidenciada en la programación de las agendas médicas, como tampoco se incluyen actividades de docencia, administración e investigación, incumpliendo la Circular 55 del 21 diciembre/10 Agendas Médicas.

5. Contratos de Prestación de Servicios

El servicio de Salas de Cirugía cuenta con 27 profesionales en Instrumentación Quirúrgica, 1 especialista percusionista y el Servicio de Central de Esterilización con 19 auxiliares de enfermería, observando que se les asignan actividades de acuerdo a su objeto contractual. Los informes de supervisión se diligencian en el formato establecido en donde especifican el comportamiento financiero, pero no se relacionan las actividades que desarrolladas y si cumplen normas de bioseguridad, entre otros aspectos que deben ser incluidos en este informe.

El Servicio de Anestesia cuenta con el contrato 076/17 suscrito con la firma Asociación de Anestesia y Dolor ASA, para la prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la Gestión por valor de \$ 6.574'.783.524, con



MINDEFENSA



prórroga de 6 meses hasta el 30 de noviembre de 2018 y una modificación al anexo técnico en donde el Hospital reconoce un valor adicional a la hora de servicio, es de anotar que las disponibilidades están siendo cubiertas por los especialistas de la firma.

6. Administración Documental

Cada uno de los servicios 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, prestación de servicios, sin embargo se observa que no se ha realizado gestión para hacer trasladados al Archivo Central de acuerdo a la tabla de retención de documentos, la cual desconocen y a la programación establecida; no se cuenta con un control sobre el archivo de gestión que generan, por cuanto no poseen una lista en donde se relacionen cada una de las carpetas que se encuentran en uso, su ubicación y el responsable de su custodia.

7. Inventario de Insumos

La Central de Esterilización no cuenta con la bodega virtual para el manejo y control de los inventarios de insumo a través del sistema de información, a pesar de la orden impartida por la Dirección General desde el mes de junio.

Durante la evaluación se verificaron solicitudes de insumos que fueron realizadas por la Central de Esterilización y entregadas por el Almacén de acuerdo al pedido original, pero al verificar las salidas en el sistema de información al Servicio se evidencia entrega de material que no es de su uso por valor de \$48'096.557, así:

ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
180000000024200		11964900712	rollo	78	Rollo de papel para monitor fetal marca Oxford	10.125	789.784
180000000024201	10.405.557	1196460670	Unidad	144	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre no 0 aguja 35 a 37 mm medio circulo antibacterial	10.774	1.551.497
		1196460680-jho	Unidad	144	Sutura sintética	11.002	1.584.286



MINDEFENSA



ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
					absorbible c/a redonda antibacterial		
		1196460208	Unidad	144	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 2/0 aguja 36 a 37 mm antibacterial .	10.686	1.538.798
		1196460710	Unidad	144	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 3/0 aguja 22 a 26 mm antibacterial .	10.860	1.563.875
		1196460700	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 3/0 aguja 22 a 26 mm antibacterial .	10.856	781.678
		1196460682	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 5/0 aguja de 16 a 17 mm antibacterial .	10.794	777.179
18000000002 4203	14.909.973	1196460211	Unidad	72	Sutura poliglecaprone 25 calibre 3/0 con aguja cortante.	19.437	1.399.534
		1196460212	Unidad	72	Sutura poliglecaprone 25 calibre 4/0 con aguja cortante.	19.159	1.379.459
		1196460689	Unidad	144	Sutura	10.857	1.563.537



MINDEFENSA



ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
					sintética absorbible c/a redonda calibre 2/0 de 25 a 26 mm antibacterial		
		1196460032	Unidad	96	Sutura polipropileno monofilamento c/a cortante calibre 3/0 aguja 24 a 26 mm 3/8 de círculo hebra 45 a 75 cm	7.477	717.791
		1196460275-JOH	Unidad	48	Sutura polipropileno monofilamento c/a redonda calibre 2/0 aguja 25 a 27 mm hebra 70 a 75 cm	6.664	319.916
		1196460275-JOH	Unidad	48	Sutura polipropileno monofilamento c/a cortante calibre 3/0 aguja 24 a 26 mm 3/8 de círculo hebra 45 a 75 cm 70 a 75 cm	6.664	319.916
		1196460206	Unidad	96	Sutura polipropileno monofilamento c/a redonda calibre 2/0 aguja 25 a 27 mm hebra 70 a 75 cm	7.412	711.583
I80000000002	21.859.	1032910028	Unidad	2	Adalimumab		1.998.136



MINDEFENSA



ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
4204	738	-ABT			31/05/2019 amp/vial/jp 40 mg	999.068	
18000000002 4205	24.591.861	1032910919 -JAC	Unidad	4	Golimumab 31/03/2019 amp/vial/jp 50mg/0.5ml	2.381.659	9.526.636
18000000002 4206	9.526.636	1032910919 -JAC	Unidad	2	Golimumab 31/03/2019 amp/vial/jp 50mg/0.5ml	2.381.659	4.763.318
		1032910028 -ABT	Unidad	2	Adalimumab 31/05/2019 amp/vial/jp 40 mg	999.068	1.998.136
18000000002 4427	11.601.003	1196491501	Unidad	1	Pinza de biopsia de equipo de citoscopia flexible	1.895.237	1.895.237
		1196490468	Unidad	1	Pinza para extracción de cuerpo extraño 31/12/2020 unidad	1.895.236	1.895.236
		1196491502	Unidad	1	Pinza de biopsia del equipo de citoscopia pediátrico	2.546.450	2.546.450
18000000002 4200		1196460211	Unidad	36	Sutura poliglecaprone 25. calibre 3/0 con aguja cortante.	19.437	699.767
		1196460689	Unidad	108	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 2/0 de 25 a 26 mm antibacterial	9.127	985.800
		1196460670	Unidad	144	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre no 0 aguja 35 a 37 mm	9.455	1.361.555



MINDEFENSA



ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
					medio circulo. antibacterial .		
		1196460208	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 2/0 aguja 36 a 37 mm antibacterial .	8.920	642.243
		1196460208	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 2/0 aguja 36 a 37 mm antibacterial .	8.920	642.243
		1196460710	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 3/0 aguja 22 a 26 mm antibacterial .	9.787	704.698
		1196460710	Unidad	72	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 3/0 aguja 22 a 26 mm antibacterial .	9.787,48	704.698,44
		1196460700	Unidad	36	Sutura sintética absorbible c/a redonda calibre 4/0 aguja 15 a 17 mm antibacterial .	9.472	341.018
		1196460700	Unidad	108	Sutura sintética absorbible	9.472	1.023.056



ORDEN DE DESPACHO	VALOR TOTAL DE LA ORDEN \$	BIENES NO SOLICITADOS POR EL SERVICIOS E INCLUIDOS EN LA ORDEN DE DESPACHO DEL SISTEMA					
		CÓDIGO	UNIDAD DE MEDIDA	CANT	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO \$	VALOR NO SOLICITADO \$
					c/a redonda calibre 4/0 aguja 15 a 17 mm antibacterial .		
		1196460682	Unidad	36	Sutura sintética absorbible c/a redonda antibacterial .	9.510	342.371
		1196460682	Unidad	108	Sutura sintética absorbible c/a redonda	9.510	1.027.114
TOTAL VALOR NO ENTREGADO AL SERVICIO							48.096.557

8. Inventario de Bienes

En el sistema de información la custodia de los bienes se encuentra a nombre de cada responsable de los inventarios, se evidencia falta de gestión en la actualización de los mismos y únicamente el servicio de salas de cirugía está dando cumplimiento al oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11, al tener subrogados a los funcionarios que los están utilizando y son responsables de los mismos.

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

9.1 Personal

Se observa personal 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 y oportuna.

9.2 Locativos

Se cuenta con equipo para prevención de incendios (extintor), pero no se tiene con anclaje en la pared que es la forma más segura en la que deben encontrarse dispuestos.

10. Sistema de Información

Los servicios de Salas de Cirugía y Anestesia están utilizando el sistema e



MINDEFENSA



información adecuadamente el primero para la asignación y reserva de salas y el segundo en diligenciamiento de las evoluciones de los pacientes en la Historia Clínica. El único servicio que no tiene acceso al sistema para ninguna de sus actividades es la Central de Esterilización.

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR AUDITORIA MÉDICA

Se realizaron las actividades de auditoria de aplicación de listas de verificación de cada procedimiento y protocolos del servicio vigentes al 30 de abril de 2018, entrevista a personal Enfermería (Jefes, 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, observando que en muchos falta actualización, adherencia a los procedimientos, se realizan actividades no registradas, así:

1. Servicio Salas de Cirugía

1.1 No existe adherencia al Procedimiento Ingreso y Atención del Paciente en Salas de Cirugía Código: QX-SACI-PR-01, fecha de emisión 03/12/14 versión 2, en las actividades de preparación y traslado del paciente ambulatorio a salas.

1.2 No existe adherencia al Procedimiento Programación de Cirugía, CÓDIGO: QX-SACI-PR-03, fecha de emisión 25/03/14, versión 02, en actividades como recepción del paciente, registro y total diligenciamiento de la boleta de programación de cirugía, consentimientos informados, hoja de eventos, libro de aseguramiento de pacientes y formato solicitud de cambio boleta cirugía programada; se observa que el personal realiza actividades que no se encuentran registradas en el procedimiento, tales como entrega de documentación para realización cirugía programada, lista de motivos y causas de cancelación.

- En la actividad 1 del procedimiento se establece que el cirujano después de valoración al paciente diligencia el formato de solicitud de turno sala de cirugía (boleta), observando que se está elaborando en el Sistema de Información Institucional, utilizando la boleta manual solo en caso de fallo de sistema; en algunas ocasiones los códigos de procedimientos no corresponden y que el médico-cirujano es quien programa la cirugía, sin registro de fecha, hora y los requerimientos especiales para el procedimiento a realizar.

- En la actividad 2 correspondiente a la recepción del paciente, este es atendido en el consultorio del programación de cirugía ambulatoria donde se verifica el cumplimiento de los procesos administrativos y se revisa que toda la documentación esté completa incluyendo consentimiento informado del cirujano y anestesiólogo, resultados de exámenes, solicitud de turno sala de cirugía (boleta) autorizada por la auditoria de la fuerza a la que pertenezca, con fecha no mayor a 6 meses y el número de autorización del procedimiento descrito en la solicitud. Evidenciando que existen pacientes programados sin



MINDEFENSA



pasar por la oficina de cirugía ambulatoria, lo que implica que no están ingresados en la base de datos de verificación de documentos, ni en la base de datos de boletas de cirugía y no se está realizando el seguimiento a los 30 días posterior a la cirugía.

Adicionalmente se observó que se realizan actividades adicionales que no están consignadas en el procedimiento, tales como: el escaneo de consentimientos informados por parte de la Jefe de Enfermería, los cuales son impresos y almacenados en una carpeta; la inclusión de un sello de verificación con fecha y nombre de la Jefe de Enfermería; al final de la jornada se diligencia una base de datos registrando las boletas de cirugía recibidas para luego enviarlas vía correo electrónico al Área de Programación de Cirugías, pero solo hasta el día siguiente se realiza el cruce de boletas en físico con lo registrado en base de datos; la jefe de programación maneja planilla de verificación y entrega de documentación y la base de datos, las cuales se encuentran sin el registro documental del Área de Calidad; los pacientes programados de las especialidades Cirugía Plástica, Coloproctología y Ortopedia le exigen a la jefe firmar la copia de la boleta de cirugía para ser llevada nuevamente al servicio.

- En la actividad 3 del procedimiento la cual corresponde a programar paciente hospitalizado, en lo concerniente al consentimiento informado de anestesia, se evidencio consentimientos de anestesia sin firma del médico especialista y/o sin diligenciamiento de todos sus ítems.

- Actividad 5 en donde se establece que en la entrega de solicitudes de turno de cirugía a la oficina de programación, la enfermera jefe de cirugía ambulatoria hace entrega de las solicitudes de turno de salas con indicaciones, fecha, firma, sello de la atención de enfermería, los dos consentimientos informados firmados, observando que no se hace entrega de los documentos establecidos, solo de la boleta, los consentimientos son devueltos al paciente, el cual los debe llevar el día de la cirugía.

- En la actividad 7 se establecer que las agendas por especialista se organizan manualmente generando el borrador de la programación, observando que esta actividad se realiza en el Sistema de Información.

- En la actividad 9 en donde se debe revalidar y entregar programación definitiva, se está realizando una actividad que no está registrada en el procedimiento, en cuanto al almacenamiento de la base de la programación en forma digital.

- En la actividad 11 se debe realizar la impresión y distribución de la planilla y los soportes de programación, observando que en la impresión que se realiza de las sabanas quirúrgicas no se está incluyendo la impresión de la hoja de eventos.

- La actividad 12 correspondiente a la confirmación de pacientes programados por medio de llamadas telefónicas debe ser registrada en el libro “aseguramiento de pacientes”, observando que este libro no se está



MINDEFENSA



diligenciando ya que realizan directamente en la planilla en sistema. Esta actividad se realiza una semana antes de la cirugía en el tercer piso por el Área de Programación y el Área de Cirugía Ambulatoria llama a los pacientes un día antes y no como está establecido en el procedimiento.

- De acuerdo con la actividad 13 para realizar cambio de paciente programado, la especialidad solicitante debe diligenciar el formato de cambio, el cual no se está diligenciando, esta actividad se hace verbalmente o por correo electrónico, la reprogramación está siendo efectuada por el Área de Programación y no en todas las oportunidades se cuenta con el aval del Jefe del Servicio de Salas de Cirugía, como lo exige el procedimiento.

- En la actividad 14 correspondiente a realizar cancelación de procedimiento que se encuentre registrado en el Sistema de Información, el especialista debe informar a la oficina de programación, liberando el tiempo quirúrgico programado, para ello deben diligenciar en la hoja de evento el motivo claro de cancelación teniendo en cuenta las causas y motivos de cancelación establecidos en el Sistema de Información, se observa que esta actividad se realiza en formato físico para posteriormente ser cargado en el sistema, adicionalmente el procedimiento menciona el anexo 8 en el cual se relaciona la lista de motivos y causas de cancelación, sin que se evidenciara la existencia del mismo.

1.3 Protocolo aplicación parada de seguridad, código: QX-SACI-PT-07, fecha de emisión: 07/05/14, versión: 01. lavado quirúrgico del paciente en cirugía, código: CI-SACI-PT-02, fecha de emisión: 22/12/2015, no hay adherencia en la secuencia y tiempos en que están establecidas las actividades para la parada de seguridad y el lavado del paciente en cirugía.

- En la actividad de lectura segunda fase correspondiente al protocolo de aplicación parada de seguridad, se establece en el periodo antes de la incisión o pausa quirúrgica, sin embargo, se observa que se está realizando inmediatamente posterior al término de la fase uno, y en la actividad de lectura tercera fase se establece en el periodo antes del cierre de la herida quirúrgica y anterior a la salida del paciente del quirófano, identificando procedimiento quirúrgico en el cual no se diligencio en el formato establecido y se omitieron las firmas de los diferentes participantes del acto quirúrgico.

- En el protocolo de lavado quirúrgico del paciente en cirugía, se observa que en la actividad cuatro sobre la remoción del vello que se debe realizar en un área fuera de la sala quirúrgica, porque los vellos o el cabello se pueden esparcir y contaminar el sitio de la incisión y el campo estéril, se observó que en procedimiento quirúrgico se realiza rasurado en quirófano con paciente en camilla quirúrgica bajo efectos de anestesia.

1.4 Protocolo normas de comportamiento en salas de cirugía, código: CI-SACI-PT-01, fecha de emisión 23/01/18, versión: 04, no hay adherencia a las recomendaciones establecidas para el personal que ingresa a salas de cirugía en cuanto al uso elementos de protección personal, empleo de joyas,



MINDEFENSA



realización parada de seguridad, control de temperatura y humedad ambiental.

- Sobre la utilización de elementos de protección personal (EPP) de uso permanente y obligatorio, se evidencia personal de enfermería sin el uso continuo de los elementos de protección personal como el caso de mono gafas.

- En el cumplimiento de normas de presentación personal y control de ingreso en donde no se permite el uso de cadenas, pulseras, anillos, relojes, ni aretes, se evidencia funcionarios del área de anestesia usando cadenas en el área de quirófano.

- Para el control de asepsia y antisepsia, la sala de cirugía debe tener una temperatura y humedad ambiental adecuadas (temperatura 21 grados centígrados, y una humedad entre el 50 y 60%), se observa que el diligenciamiento de los formatos de control de temperatura están incompletos y que por solicitud del Área de Mantenimiento se está llevando un registro adicional en libro con la misma información

1.5 Protocolo marcación del sitio operatorio código: CI-SACI-PT-09, fecha de emisión 12/10/16, versión: 01, no hay adherencia en cuanto a la verificación de la identificación del paciente y registro en tercer tiempo de la parada de seguridad de sitio operado.

- En la actividad donde el especialista y el auxiliar de enfermería deben ratificar la información de la manilla de identificación del paciente, confirmando los dos nombres y apellidos del paciente, número de identificación y alergias presentadas, se evidencia el llamado del médico al paciente lo realiza con nombre y un apellido, no se menciona segundo apellido y número de cédula.

- En cuanto a la actividad en donde el especialista debe corroborar en el tercer tiempo de la parada de seguridad el sitio operado, se evidencio que este punto no se realiza en uno del procedimiento quirúrgico verificado.

2. Servicio Cirugía Ambulatoria

2.1 Procedimiento Asistencia de enfermería en el programa de cirugía ambulatoria, AA-AH-UENF-PR-140 versión 01, no hay adherencia en la actividad 10 en donde se debe contactar al paciente y/o cuidador vía telefónica a los 30 días del procedimiento, observando que esta actividad se realiza solo a las 24 horas posteriores de la cirugía y que se realizan actividades que no están registradas en el procedimiento.

2.2 Procedimiento Ingreso y atención al paciente en el servicio de cirugía ambulatoria, QX-SACI-PR-09 versión 01, no hay adherencia en cuanto a la custodia de las pertenencias del paciente.

2.3 Procedimiento atención de enfermería en el traslado de usuario al quirófano, AA-AH-ENFE-PR-03, no hay adherencia en la comprobación quirúrgica (diligenciamientos de consentimientos informados).



- Las actividades 4 y 6 donde se establece que se verifique la historia clínica incluyendo los consentimientos informados de anestesia y del procedimiento quirúrgico, no se está realizando adecuadamente por cuanto se identificaron formatos con diligenciamiento parcial, sin llenado de todos sus ítems.

3. Servicio Central de Esterilización

3.1 Procedimiento carga y descarga de autoclaves de esterilización a óxido de etileno, QX-CESS-PR-06, fecha de emisión: 1/09/11, versión: 01; Procedimiento carga y descarga de autoclaves a baja temperatura (peróxido de hidrogeno), QX-CESS-PR-08, fecha de emisión 11/09/11, versión: 01, se observa que los procedimientos se encuentran fuera de vigencia y no presentan adherencia en cuanto al uso de guantes y tapabocas, así mismo se están realizando actividades no registradas tales como la colocación capsula de biológico y cinta testigo con tiempo de vencimiento de 6 meses y aireamiento de la carga.

3.1.1 En el procedimiento carga y descarga de autoclaves de esterilización a óxido de etileno, QX-CESS-PR-06, se observó que:

- En la actividad 1 correspondiente a la revisión de elementos a esterilizar, que se encuentren organizados con el fin de realizar una carga aprovechando la capacidad del esterilizador, se adiciono la actividad de colocación de cinta testigo con un tiempo de vencimiento de 6 meses sin registrar en el procedimiento auditado.
- En la actividad 2 correspondiente a cargar autoclave optimizando la capacidad del esterilizador, se está colocando una capsula de biológico, sin registrar esta actividad en el procedimiento auditado.
- En la actividad 4 con la cual se realiza apertura de la autoclave colocándose guantes, gorro y tapabocas, no se está haciendo uso de estos elementos de protección personal.
- En la actividad 5 en la cual se realiza la descarga de la autoclave, nuevamente se requiere el uso de elementos de protección personal como guantes y tapabocas entre otros, los cuales no se utilizan; a esta actividad le falta actualización por cuanto requiere un aireamiento de 12 horas, el cual no es necesario debido a que el equipo lo hace directamente.

3.1.2 En cuanto al Procedimiento carga y descarga de autoclaves a baja temperatura (peróxido de hidrogeno), QX-CESS-PR-08: - En la actividad 1 correspondiente a revisar elementos a esterilizar, se identificó que se adiciono la colocación de cinta testigo con un tiempo de vencimiento de 6 meses sin registro de esta actividad en procedimiento auditado.

- En cuanto a la actividad 5 correspondiente a la descarga del equipo se exige la utilización de elementos de protección personal, evidenciando nuevamente que no están utilizando los guantes y tapabocas.



MINDEFENSA



3.2 Procedimiento carga y descarga de autoclaves de esterilización a vapor, QX-CESS-PR-04, fecha de emisión: 1/09/11, versión: 01. se encuentra fuera de vigencia y con realización de actividades no registradas en cuanto a la colocación cinta testigo con tiempo de vencimiento de 6 meses y cultivo de biológicos.

- En la actividad 2 correspondiente a cargar autoclave, se adicionó la colocación de cinta testigo con un tiempo de vencimiento de 6 meses sin registro en procedimiento auditado.

En la actividad 4 correspondiente a la apertura de la autoclave se adiciono el cultivo de los biológicos de la primera carga, sin registro en procedimiento auditado.

3.3 Procedimiento control de reuso de dispositivos médicos de un solo uso para desinfección de alto nivel, QX-CESS-PR-12, fecha de emisión: 01/09/11, versión: 02. Se encuentra fuera de vigencia y no adherencia en cuanto a los cultivos microbiológicos trimestral y desinfección de alto nivel, así mismo realizan actividades no registradas.

En la actividad 4 correspondiente a la desinfección y la 5 correspondiente al enjuague y secado, se evidencia que no se realiza desinfección de alto nivel, en su lugar se está haciendo esterilización.

La actividad 7 en donde se realiza la validación de reprocesamiento de la Unidad de Apoyo Médico de Desastres (DMSU), haciendo cultivos microbiológicos trimestralmente a una muestra del 10% del total de la población de DMSU, no se está ejecutando, ni se lleva control microbiológico.

3.4 Procedimiento monitoreo de control químico bowie dick, código QX-CEES-PR-07, fecha de emisión 01/09/11, versión: 01. Se encuentra fuera de vigencia, no adherencia en cuanto al paquete de prueba.

3.5 Procedimiento reprocesamiento de resucitador manual, hojas de laringoscopia, válvulas, máscaras faciales reutilizables y filtros de ventiladores, CI-CEES-PR-14, fecha de emisión: 16/09/2016, versión: 01, las actividades de transporte de material médico quirúrgico, lavado de instrumental, empaque de instrumental y material médico quirúrgico, están eliminadas de la intranet debido a que este procedimiento se está unificando en documento transversal. Adicionalmente en la actividad cinco correspondiente a la esterilización del material, hace referencia al documento que contiene las recomendaciones del fabricante, el cual no se encuentra anexado al procedimiento.

4. Instrumentación Quirúrgica

4.1 Procedimiento manejo de instrumental, solicitud, transporte y entrega, QX-SACI-PR-06, fecha de emisión: 10/03/14, versión: 02, no adherencia en



tenencia y registro en libro de solicitud de material, libro de devolución de material estéril, sala de procedimiento primer piso, inactivación con jabón enzimático en quirófano.

- Las actividades 1, 6 y 17 deben ser actualizadas por cuanto no se están realizando procedimientos en el primer piso y en la redacción hacen referencia.

- No existe adherencia al procedimiento por cuanto: El registro del libro de solicitud de material mencionado en la actividad 1 no se encuentra codificado y no cuenta con un consecutivo de folios; el formato de solicitud de instrumental no está siendo diligenciado.

- En las actividades 14 y 15 se requiere realizar inactivación de instrumental sucio con el jabón enzimático desde las cubetas en salas de cirugía, sin embargo, se realiza en el cuarto de lavado de material.

- La actividad 18 correspondiente a la devolución del instrumental no estéril y/o contaminado y la actividad 19 registro de ese material, se requiere realizar registro del material y sus novedades en un libro que no existe, los registros se realizan en hojas en blanco las cuales no tienen formato, ni codificación del Área de Calidad.

- La actividad 21 registro del instrumental estéril no se está realizando.

4.2 Procedimiento manejo de muestras anatomopatológicas desde salas de cirugía, CI-SACI PR-08, fecha de emisión: 12/12/17 versión: 03, no adherencia en cuanto a: recipientes para almacenamiento de muestras anatomopatológicas y diligenciamiento incompleto en libro de registro de patologías; se evidenciaron muestras con tiempo de almacenamiento sin procesar de 30 días, el procedimiento no establece tiempos de almacenamiento y transporte de las mismas.

4.3. Procedimiento manejo de remisiones elementos para implantes, QX-SACI-PR-07, fecha de emisión 25/03/14, versión: 02, no adherencia en la inactivación del instrumental.

No hay adherencia del procedimiento por cuanto en la actividad 7 correspondiente a la colocación del instrumental utilizado en contenedores y accesorios, se evidencia que la unidosis de detergente enzimático para el instrumental contaminado se realiza en el cuarto de lavado.

- En cuanto a la actividad 8 correspondiente a la entrega de instrumental, este se realiza en el área sucia de lavado material para inactivación y luego es enviado a Central de Esterilización y no como lo establece el procedimiento.

4.4. Protocolo manejo de cirugía contaminada e inactivación de instrumental, QX-SACI-PT-03, fecha de emisión 10/03/14 versión: 02, no adherencia en cuanto a la inactivación con jabón enzimático y lugar de realización de procedimientos



MINDEFENSA



- No hay adherencia al procedimiento por cuanto en la actividad 14 se debe realizar la inactivación del instrumental con el jabón enzimático unidosis, el cual es preparado en su atomizador y marcado para cada sala, sin embargo, esta actividad se realiza en el cuarto de lavado.

- En la actividad 22 el material se entrega en el área sucia de lavado material para inactivación, y luego ser enviado a Central de Esterilización y no como lo establece el procedimiento.

En cuanto a la actividad 16 correspondiente al transporte de material contaminado debe ser actualizada por cuanto se menciona los procedimientos en el primer piso, lo cual ya no se está realizando.

4.5. Protocolo recuento de material quirúrgico, CI-SACI-PT-04, fecha de emisión: 14/09/17 versión: 03, no adherencia en cuanto al diligenciamiento completo del formato de material quirúrgico.

No hay adherencia al protocolo por cuanto en la actividad 3 y 22, se evidencia el formato de “Hoja Recuento Material Quirúrgico” sin firma del cirujano e instrumentador.

5. Manuales Transversales

Manual General de Bioseguridad Hospital Militar Central, GH-MEPT-MN-01, fecha de emisión: 17/11/17, versión: 05. y Manual Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos 2015, GA-SOAM-MN-05, fecha de emisión: 21/08/15, versión: 03. no adherencia en: la utilización permanentemente del equipo de protección personal, especificaciones de los recipientes para envío de muestras de patología, segregación de desechos según su clasificación en sala de cirugía y en la evaluación escrita al personal de enfermería debilidades en conceptos, conocimientos del manual y en segregación de residuos.

6. Carro de Paro

Se realiza verificación de lo presentado en físico ya que no se cuenta con procedimiento publicado, en donde se realizaron los siguientes hallazgos:

6.1 Sala de Recuperación.

- Formato de revisión de carro de paro: sin nombre y firma de quien realiza la verificación.

- Formato de verificación de prueba de funcionamiento de desfibrilador nihon koden: mes de marzo y abril, sin evidencia de nombre-firma de auxiliar del turno, sin visto bueno de la coordinadora del área.

- Libro de registro de verificación de carro de paro: diligenciamiento incompleto para el mes de marzo y abril.



MINDEFENSA



- Formato de lista de verificación para emitir informe de revisión de carro de paro: mes de marzo, sin registros de los medicamentos próximos a vencer (naloxona con fecha vencimiento junio 2018).

- Bala de oxígeno descargada.

El 10 de abril/18 a las 07:00 horas en carro de medicamentos se identifican envasados en jeringas medicamentos sin fecha de apertura y sin nombre de paciente a quien corresponde; adicionalmente otra jeringa con medicamento marcada con nombre de paciente que había egresado y bolsa de dilución de líquidos con fecha del día anterior.

6.2 Sala Cirugía Ambulatoria

- Formato de verificación de prueba de funcionamiento de desfibrilador nihon koden: mes de marzo y abril, sin evidencia de nombre-firma de auxiliar del turno, sin visto bueno de la coordinadora del área.

- Formato de lista de verificación para emitir informe de revisión de carro de paro: mes de marzo, sin registros de los medicamentos próximos a vencer (naloxona con fecha vencimiento junio 2018) y sin carta de reposición solicitando cambio por vencimiento próximo.

- Bala de oxígeno descargada.

Durante la verificación de inventarios se observó que los registros en libro de inventario de sala de recuperación se encuentran incompletos, al igual que en el formato de control de temperatura y humedad relativa de sala de recuperación y en el libro de inventario de sala de cirugía ambulatoria.

Evidencias encontradas:

HISTORIA CLÍNICA	FIRMAS	DILIGENCIAMIENTO	REGISTROS
26635677	Sin firma y nombre del anesthesiologo, ni el nombre del auxiliar de enfermería.	Sin diligenciamiento de los ítem de antes de la salida del quirófano.	Sin registro de enfermería de parada de seguridad, ni de condiciones de salida de quirófano y de los ítem de antes de la salida del quirófano.
111679204 1	Sin firma del especialista, solo sello.	Se diligencia que hay problemas o inquietudes con los insumos, no se relaciona en observaciones el evento. El anesthesiologo en la segunda etapa registra que presenta el paciente alguna peculiaridad que suscite preocupación, no se aclara cual es.	En registros de enfermería se registra fase uno de parada de seguridad, las fase 2 y 3 no se registran.
83220703	Sin firma del anesthesiologo e instrumentador solo el sello.	Sin novedad	Sin registro de la segunda y tercera fase de parada de seguridad.
277913283	Sin firma del anesthesiologo solo	Sin novedad	Sin registro de marcación de sitios de cirugía por el cirujano, no se



MINDEFENSA



HISTORIA CLÍNICA	FIRMAS	DILIGENCIAMIENTO	REGISTROS
	sello.		hacen registros de la segunda y tercera fase de parada de seguridad.
1150690649	Sin firma, ni sello del anestesiólogo e instrumentador.	Se identifica mal diligenciamiento, antes de la incisión se diligencia una en cirujano; no se diligencia la casilla de instrumentación; en antes de salir de quirófano no se diligencia, existe algún problema que requiera la atención del equipo.	Sin registro de segunda y tercera fase de parada de seguridad.
1234644828	Sin firma, ni sello del auxiliar de enfermería.	Sin novedad	Sin registro de segunda y tercera fase de parada de seguridad.
41425228	Sin firma sin sello del anestesiólogo e instrumentador.	Sin novedad	sin registro de enfermería de parada de seguridad
1032471061	Sin nombre claro de instrumentador.	Sin novedad	Sin registro de segunda y tercera fase de parada de seguridad.
24700374	Sin firma ni sello de cirujano e instrumentador.	Sin novedad	Sin registro de marcación de sitio operatorio. Sin registro de segunda y tercera fase de parada de seguridad.
83220703	Formato hoja recuento material quirúrgico sin firma del cirujano, ni del instrumentador.	Sin novedad	Sin novedad
1116792041			
26635672			
68288374			
20240295			
4145226			

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 66%, encontrándose en el rango de 60% a 89%, por lo que se establece que el Modelo cumple, con los requisitos mínimos y tiene deficiencias tales como elaboración de plan operativo de cada uno de los servicios, actualización de procedimientos, administración del talento humano, actualización de indicadores de gestión, no adherencia a los procedimientos y protocolos en las áreas de Salas de Cirugía, Cirugía Ambulatoria, Central de Esterilización e Instrumentación Quirúrgica y se encuentran procedimientos fuera de vigencia y desactualizados; las cuales deben solucionarse para que el Sistema de Control Interno sea eficaz.

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. Mejorar el plan de acción operativo incluyendo en el mismo cronograma e indicadores para la medición periódica de las actividades que realizan, con el



MINDEFENSA



cual se muestre la adecuada gestión.

2. 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.
3. 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 Área. Así como identificar los riesgos de corrupción que aún no se encuentran incluidos en el mapa de riesgos.
4. Mejorar la administración de personal en cuanto a registrar adecuadamente cada una de las novedades de los funcionarios y de acuerdo a esto realizar la calificación individual, así mismo en los informes de supervisión de los contratos de prestación de servicios relacionar las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato.
5. Mejorar el control del uso correcto de estos elementos de seguridad por parte de los funcionarios, dando cumplimiento a las normas de bioseguridad.
6. Organizar las agendas de tal forma que se dé cumplimiento a lo ordenado por la Circular 055/10, garantizando el cumplimiento de la jornada laboral por parte de los médicos especialistas de planta.
7. Actualizar el procedimiento QX-CEES-PR-07 por cuanto en la actividad uno correspondiente a la colocación del control químico Bowie Dick, requiere hacer pruebas con paquetes que no llevan ropa.

Atentamente,

Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Adriana Magali Cuevas Muñoz.

Co. (RA) Martha Rocío Pedraza
González



MINDEFENSA

