1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la auditoria:	**Auditoria Área Gestión de Calidad**
Proceso:	**Planeación**
Dependencia:	**Gestión de Calidad**
Auditor (es):	**Diana Marcela Yepes P.** **Liliana María Duarte S.**

2. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno OCI, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

El ejercicio de auditoria, es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central; fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

Para el caso en particular de la auditoría al Área de Gestión de Calidad, se realizó teniendo en cuenta la gestión frente al Sistema de Control Interno y sus componentes: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Información y comunicación, Actividades de Control, Supervisión y Monitoreo; con el fin de establecer los aspectos por mejorar.

3. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar de forma independiente el Sistema de Control Interno del Área Gestión de Calidad (CLDD), realizando seguimiento a los criterios de habilitación y acreditación, seguimiento al plan de acción operativo, plan anual de auditorías, mapa de riesgos y planes de mejoramiento suscritos, lo anterior, de conformidad con los procedimientos, instructivos, protocolos, manuales, programas, políticas, normatividad y recursos establecidos para tal fin

4. ALCANCE

La auditoría se realizó en el periodo comprendido entre el 01 de septiembre y 30 de noviembre/22, teniendo en cuenta las actividades o gestión realizada por el Área Gestión de Calidad (CLDD) durante la vigencia 2021

y lo corrido de la presente anualidad, tomando como criterio la documentación asociada al Proceso Planeación y normatividad vigente (Área Gestión de Calidad).

5. CRITERIOS

- Resolución 035 del 28 de enero/22, por medio de la cual se establece la organización de los Servicios y Áreas adscritas a las dependencias del Hospital Militar Central, y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 5095 2019 Ministerio de salud y protección social Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1."
- Resolución 3100 2019 Ministerio de Salud y de Protección Social, Por la cual se definen los procedimientos de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y Habilitación de servicios de salud.
- Normatividad interna del hospital, Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01, versión 4 del 28 de junio/2019, NORMA FUNDAMENTAL CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01-DI-01, VERSIÓN: 04 22-01-2020 y el PROCEDIMIENTO CONTROL DE INFORMACIÓN DOCUMENTADA CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01 VERSIÓN: 07 22-10-2020, Intranet

6. METODOLOGÍA

Se realizó revisión de la normatividad, verificación, comparación y análisis de información entregada por él Área de Gestión de Calidad, observación, entrevistas con funcionarios y aplicación de la Guía de Auditoría del Departamento Administrativo de la Función Pública.

7. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

Se realizó la verificación de la documentación publicada en el Sistema Documental del HOMIL que es clave en la estructura del Sistema de Gestión de Calidad, se estudió y analizó la siguiente información entregada por él Área de calidad:

- Informes de auditorías y seguimientos
- Actas de Comités
- Matriz de seguimiento
- Informes de Inspecciones de verificación de adherencia a segregación de residuos
- Reporte de indicadores mensuales a DIGSA
- Registro de análisis de indicadores operativos
- Plan de Mejoramiento producto del informe de acreditación-resultado ciclo autoevaluación
- Informe seguimiento planes de mejoramiento
- Seguimiento a planes de mejora
- Informe resultado de aplicación de la encuesta percepción de cultura de seguridad del paciente
- Resultado de indicadores de eventos adversos
- Informe y plan de mejoramiento PAMEC
- Informes de rondas de seguridad
- Listado maestro de documentos-Sistema Documental Institucional-HOMIL
- Informe del estado documental

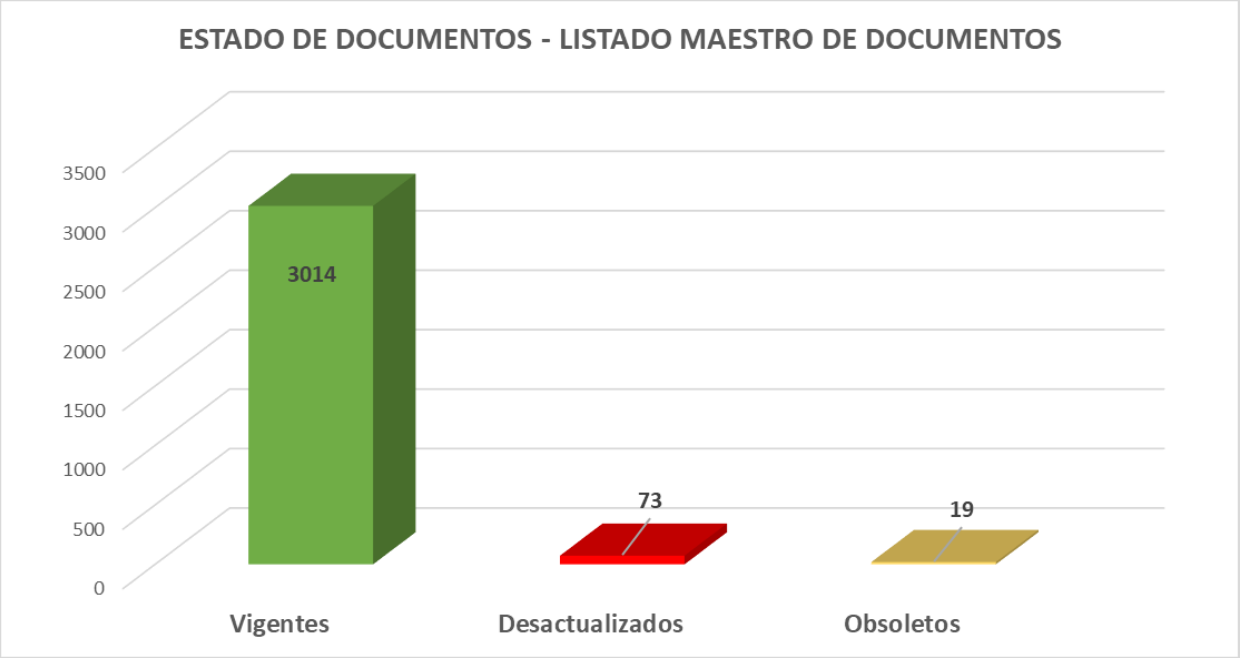
Identificando las siguientes observaciones:

7.1 SEGUIMIENTO AL SISTEMA DOCUMENTAL INSTITUCIONAL DEL HOMIL-LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

CONTEXTO: De acuerdo con el documento "*Listado Maestro de Documentos 29-09-2022*" suministrado por el Área de Gestión de Calidad, se cuentan con 3.106 documentos, de los cuales 15 son caracterizaciones, 246 documentos informativos., 1.257 formatos, 491 Guías de manejo, 103 instructivos, 31 manuales, 27 Planes, 7 Políticas, 408 Procedimientos, 28 Programas, 488 Protocolos y 5 Resoluciones, tal como se presenta en la siguiente gráfica:

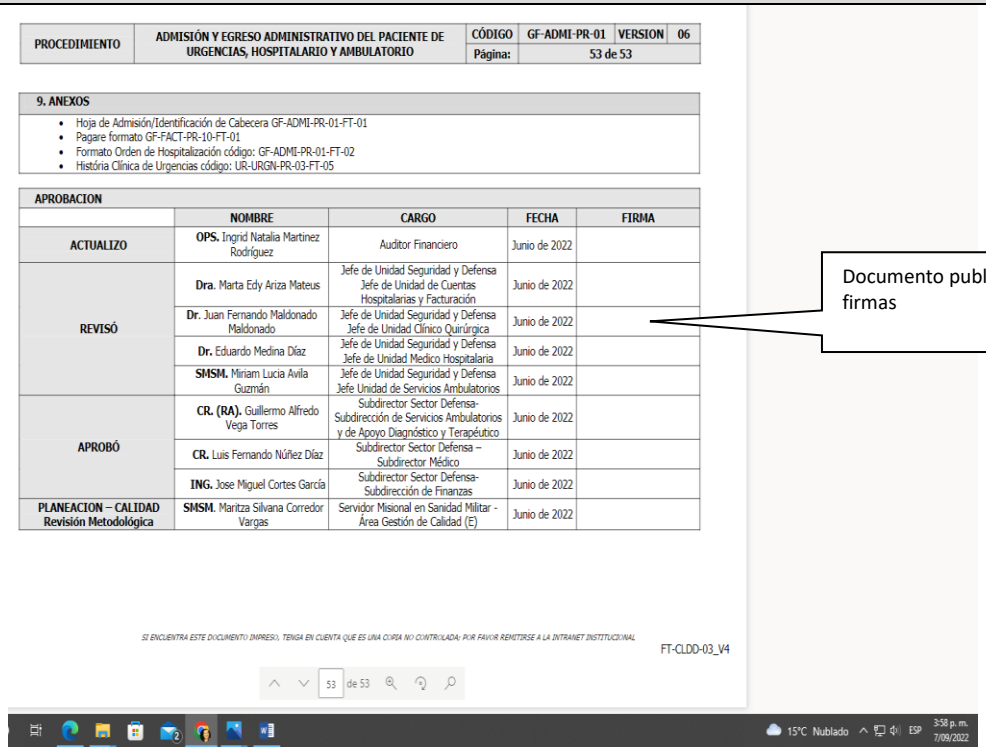
Fuente: Listado Maestro de Documentos-29/09/2022

De los 3.106 documentos del *"Listado Maestro de Documentos 29-09-2022"*, 3014 se encuentran vigentes, 73 se encuentran desactualizados y 19 obsoletos, tal como se presenta en la siguiente gráfica:



Fuente: Listado Maestro de Documentos-29/09/2022

CONDICIÓN: de acuerdo con la revisión aleatoria de los documentos publicados en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL, frente al Listado Maestro de Documentos 29-09-2022, de 3.106 documentos, se seleccionó una muestra de 120, de los cuales 34, presentan las siguientes observaciones:

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Admisión y egreso administrativo del paciente de urgencias, hospitalario y ambulatorio, Código GF—ADMI-PR-01, Versión 06	En el listado maestro de documentos aparece como estado "vigente", sin embargo, en la intranet-Sistema Documental del HOMIL se evidencia procedimiento sin firmas de aprobación	

PROCEDIMIENTO	ADMISIÓN Y EGRESO ADMINISTRATIVO DEL PACIENTE DE URGENCIAS, HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	CÓDIGO	GF-ADMI-PR-01	VERSION	06
		Página:	53 de 53		

9. ANEXOS

- Hoja de Admisión/Identificación de Cabecera GF-ADMI-PR-01-FT-01
- Pagare formato GF-FACT-PR-10-FT-01
- Formato Orden de Hospitalización código: GF-ADMI-PR-01-FT-02
- Histórica Clínica de Urgencias código: UR-URGN-PR-03-FT-05

APROBACION

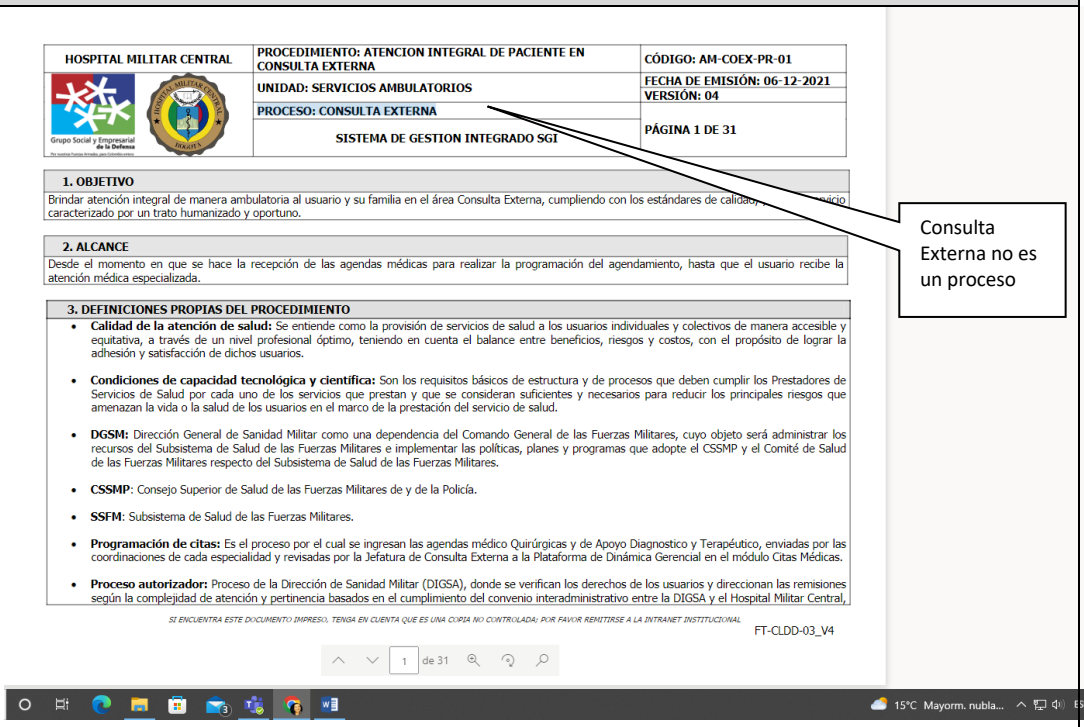
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ACTUALIZO	**OPS.** Ingrid Natalia Martinez Rodríguez	Auditor Financiero	Junio de 2022	
REVISÓ	**Dra.** Marta Edy Ariza Mateus	Jefe de Unidad Seguridad y Defensa Jefe de Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación	Junio de 2022	
	Dr. Juan Fernando Maldonado Maldonado	Jefe de Unidad Seguridad y Defensa Jefe de Unidad Clínico Quirúrgica	Junio de 2022	
	Dr. Eduardo Medina Díaz	Jefe de Unidad Seguridad y Defensa Jefe de Unidad Medico Hospitalaria	Junio de 2022	
	SMSM. Miriam Lucia Avila Guzmán	Jefe de Unidad Seguridad y Defensa Jefe Unidad de Servicios Ambulatorios	Junio de 2022	
APROBÓ	**CR. (RA).** Guillermo Alfredo Vega Torres	Subdirector Sector Defensa-Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Junio de 2022	
	CR. Luis Fernando Núñez Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirector Médico	Junio de 2022	
	ING. Jose Miguel Cortes García	Subdirector Sector Defensa-Subdirección de Finanzas	Junio de 2022	
PLANEACION – CALIDAD Revisión Metodológica	**SMSM.** Maritza Silvana Corredor Vargas	Servidor Misional en Sanidad Militar - Área Gestión de Calidad (E)	Junio de 2022	

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

FT-CLDD-03_V4

53 de 53

Documento publicado Sin firmas

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Atención Integral de paciente en consulta externa, Código AM-COEX-PR-01	De acuerdo con el Mapa de Procesos del HOMIL, aprobado mediante la Resolución 588 de 8 de junio de 2018, el proceso "Consulta Externa" no existe.	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PROCEDIMIENTO: ATENCION INTEGRAL DE PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA	CÓDIGO: AM-COEX-PR-01
	UNIDAD: SERVICIOS AMBULATORIOS	FECHA DE EMISIÓN: 06-12-2021 VERSIÓN: 04
	PROCESO: CONSULTA EXTERNA	PÁGINA 1 DE 31
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	

1. OBJETIVO

Brindar atención integral de manera ambulatoria al usuario y su familia en el área Consulta Externa, cumpliendo con los estándares de calidad, [illegible] servicio caracterizado por un trato humanizado y oportuno.

2. ALCANCE

Desde el momento en que se hace la recepción de las agendas médicas para realizar la programación del agendamiento, hasta que el usuario recibe la atención médica especializada.

3. DEFINICIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

- **Calidad de la atención de salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **Condiciones de capacidad tecnológica y científica:** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- **DGSM:** Dirección General de Sanidad Militar como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto será administrar los recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares e implementar las políticas, planes y programas que adopte el CSSMP y el Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- **CSSMP**: Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares de y de la Policía.
- **SSFM**: Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- **Programación de citas:** Es el proceso por el cual se ingresan las agendas médico Quirúrgicas y de Apoyo Diagnostico y Terapéutico, enviadas por las coordinaciones de cada especialidad y revisadas por la Jefatura de Consulta Externa a la Plataforma de Dinámica Gerencial en el módulo Citas Médicas.
- **Proceso autorizador:** Proceso de la Dirección de Sanidad Militar (DIGSA), donde se verifican los derechos de los usuarios y direccionan las remisiones según la complejidad de atención y pertinencia basados en el cumplimiento del convenio interadministrativo entre la DIGSA y el Hospital Militar Central,

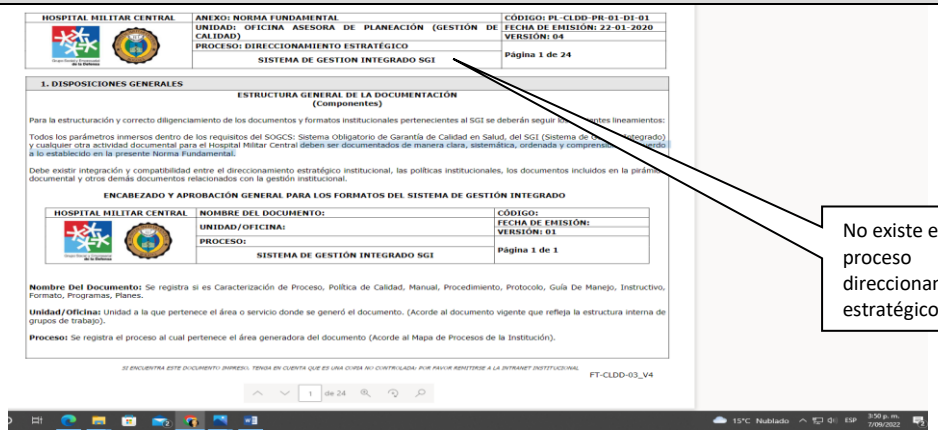
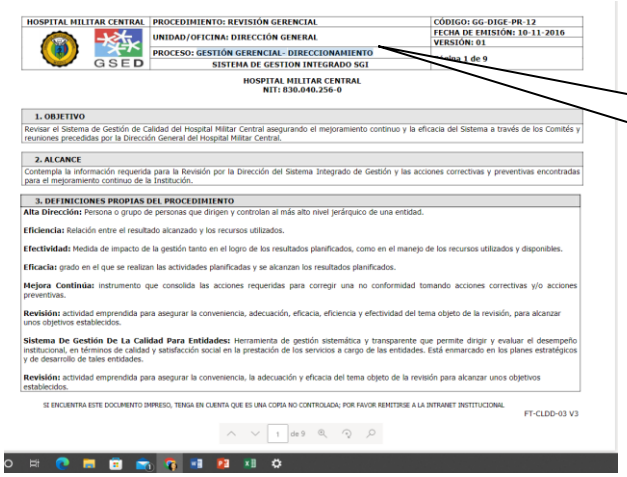
SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

FT-CLDD-03_V4

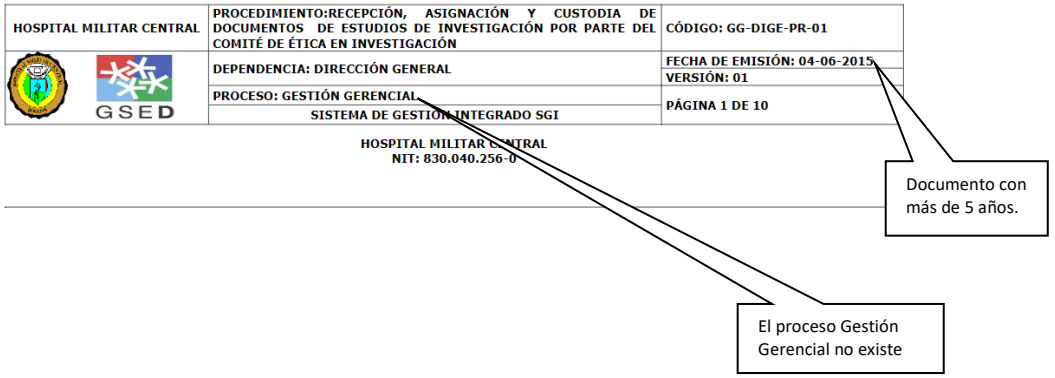
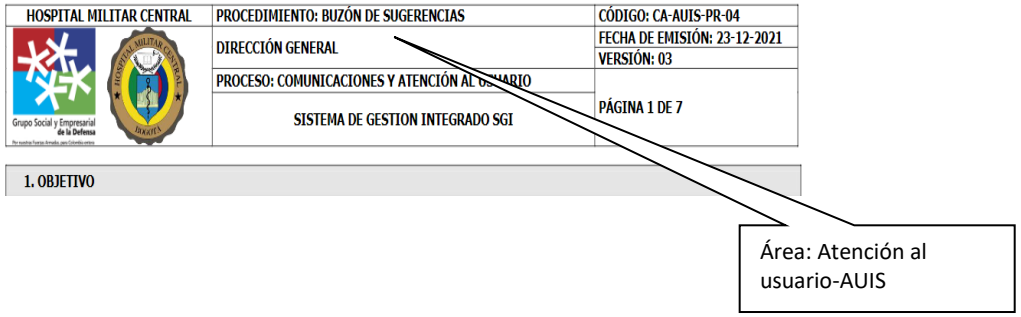
1 de 31

Consulta Externa no es un proceso

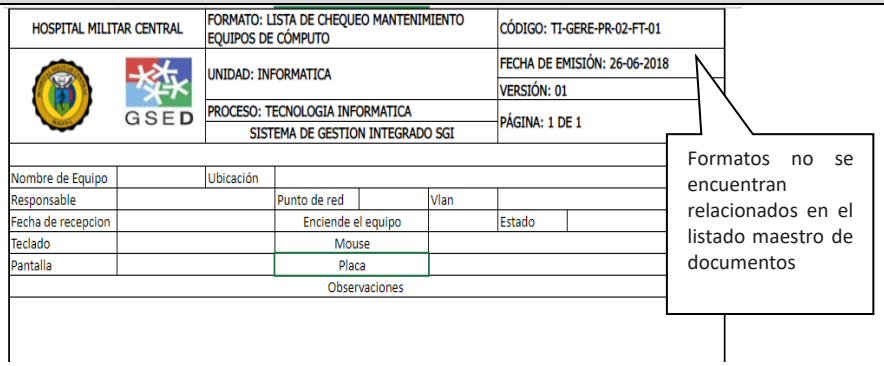
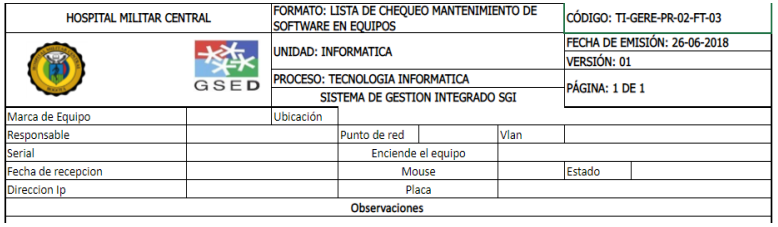
TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Recepción, asignación y custodia de documentos de estudios de investigación por parte del Comité de Ética en Investigación. Código GG-DIGE-PR-01, Versión 1.	De acuerdo con el Mapa de Procesos del HOMIL, aprobado mediante la Resolución 588 del 08 de junio de 2018, el proceso "Gestión Gerencial" no existe.	HOSPITAL MILITAR CENTRAL | PROCEDIMIENTO:RECEPCIÓN, ASIGNACIÓN Y CUSTODIA DE DOCUMENTOS DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN | CÓDIGO: GG-DIGE-PR-01 | FECHA DE EMISIÓN: 04-06-2015 | VERSIÓN: 01 | DEPENDENCIA: DIRECCIÓN GENERAL | PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PÁGINA 1 DE 10 HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT: 830.040.256-0 **1. OBJETIVO** Describir las actividades que el Comité de Ética en investigación del Hospital Militar Central sigue para la recepción, asignación y custodia de documentos para estudios de investigación con el fin de velar por el cumplimiento de todos los aspectos éticos y de buenas prácticas clínicas que apliquen según la regulación internacional, nacional y del hospital. **2. ALCANCE** Este procedimiento aplica para todos los documentos relacionados con estudios de investigación desde el momento en el que son presentados para evaluación, hasta cuando son almacenados para custodia, una vez los miembros asignados para evaluación los hayan evaluado y el comité haya emitido un concepto sobre los mismos. Gestión Gerencial no es un proceso
	Evaluación y Seguimiento de Consentimiento informado y asentimiento. Código GG-DIGE-PR-05, Versión 1.	El documento no se encuentra relacionado en el Listado Maestro de Documentos, sin embargo, se encuentra desactualizado y publicado en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL.	HOSPITAL MILITAR CENTRAL | PROCEDIMIENTO: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASENTIMIENTO | CÓDIGO: GG-DIGE-PR-05 | FECHA DE EMISIÓN: 04-06-2015 | VERSIÓN: 01 | DEPENDENCIA: DIRECCIÓN GENERAL | PROCESO: GESTIÓN GERENCIAL | SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | PÁGINA 1 DE 8 HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT: 830.040.256-0 El código no se relaciona en el Listado Maestro Gestión Gerencial no es un proceso

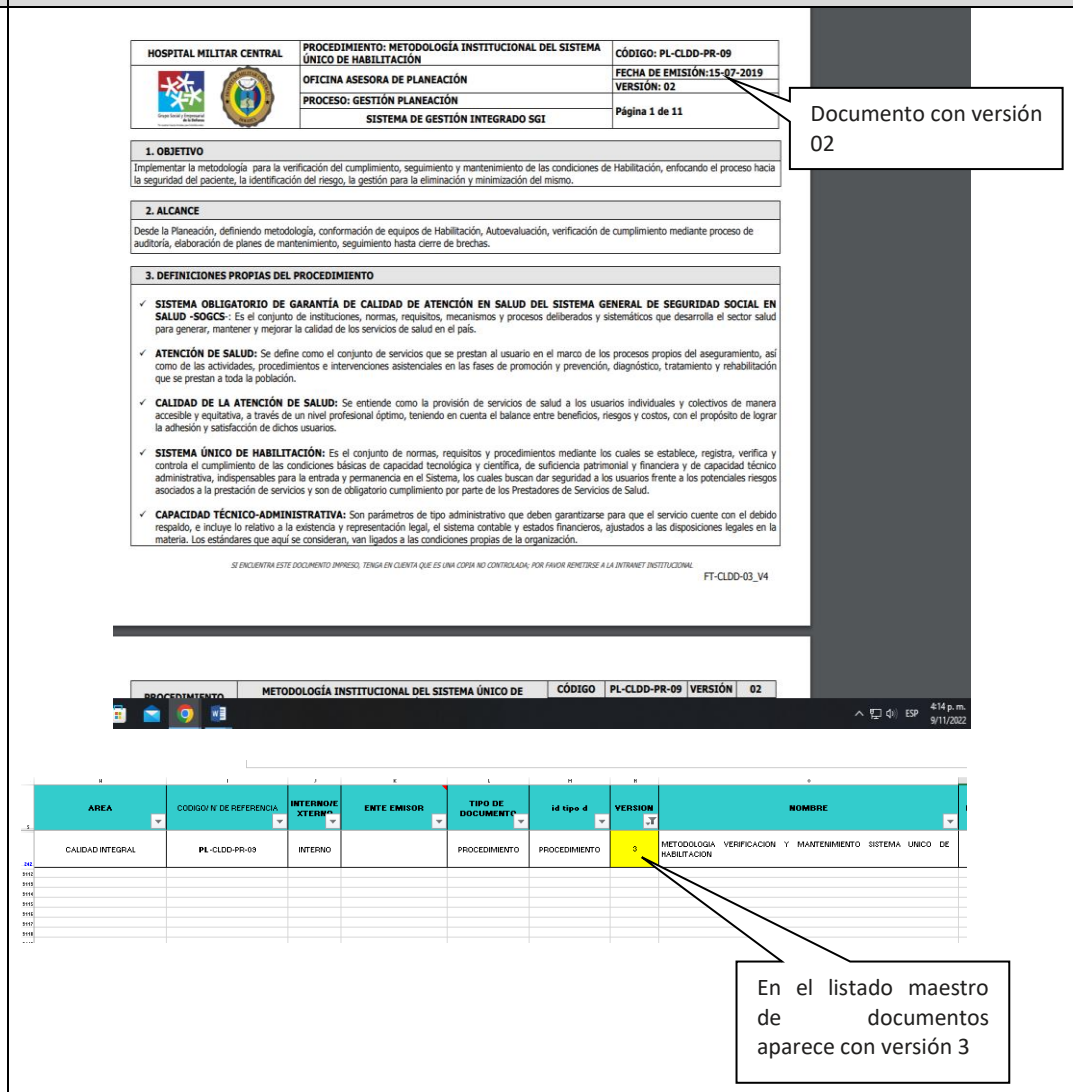
TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Documento Informativo	Anexo: Norma Fundamental, Código PL-CLDD-PR01-DI-01, versión 04	De acuerdo con el Mapa de Procesos del HOMIL, aprobado mediante la Resolución 588 del 08 de junio de 2018, el proceso "Direccionamiento Estratégico" no existe.	 No existe el proceso direccionamiento estratégico.
Procedimiento	Revisión Gerencial, Código GG-DIGE-PR-12, Versión 01		 No existe el proceso direccionamiento estratégico.

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Manual	Cobro Administrativo Persuasivo y coactivo, Código GJ-OFAJ-MN-03, Versión 02	De acuerdo con el Mapa de Procesos del HOMIL, aprobado mediante la Resolución 588 del 08 de junio de 2018, el proceso "Gestión Jurídica y Disciplinaria" no existe.	HOSPITAL MILITAR CENTRAL | MANUAL: COBRO ADMINISTRATIVO PERSUASIVO Y COACTIVO | CÓDIGO: GJ-OFAJ-MN-03 OFICINA: ASESORA JURIDICA | FECHA DE EMISIÓN: 07-09-2021 | VERSIÓN: 02 PROCESO: GESTION JURIDICA Y DISCIPLINARIA SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | 1 de 82 No existe proceso Gestión Jurídica y Disciplinaria
Formato	Carta de compromiso de cumplimiento del Código de Integridad del HOMIL de primera mano nuestros valores, Código GB-GEBG-PR-15-FT-01	La dependencia responsable "Unidad de Servicios Ambulatorios" no corresponde con el código "GB-**GEBG**-PR-15-FT-01" asignado al formato	HOSPITAL MILITAR CENTRAL | FORMATO: CARTA DE COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE INTEGRIDAD DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE PRIMERA MANO NUESTROS VALORES | CÓDIGO: GB-GEBG-PR-15-FT-01 UNIDAD: SERVICIOS AMBULATORIOS | FECHA DE EMISIÓN: 18-07-2022 | VERSIÓN: 01 PROCESO: GERENCIA Y BUEN GOBIERNO SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI | Página 1 de 1 Yo cc No. El nombre del Área no corresponde al Código asignado en el formato.

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Recepción, asignación y custodia de documentos de estudios de investigación por parte del Comité de Ética en Investigación, Código GG-DIGE-PR-01, Versión 01	De acuerdo con el Mapa de Procesos del HOMIL, aprobado mediante la Resolución 588 del 08 de junio de 2018, el proceso "Gestión Gerencial" no existe. El procedimiento no está identificado en el listado maestro de documentos, sin embargo, el documento se encuentra publicado en la intranet-Sistema Documental del HOMIL, adicionalmente se encuentra desactualizado, ya que cuenta con más de 5 años de su emisión.	
Procedimiento	Buzón de sugerencias, Código CA-AUIS-PR-04	El Área responsable del procedimiento corresponde a Atención al Usuario, no a la Dirección General, de acuerdo con el Código CA-**AUIS-**PR-04	

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos para el cuidado de la salud, Código AA-UNFA-PR-08, versión 05	La fecha de emisión del documento es el 14-01-2022, sin embargo, la fecha de aprobación es de diciembre de 2021.	HOSPITAL MILITAR CENTRAL PROCEDIMIENTO: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTROS INSUMOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD CÓDIGO: AA-UNFA-PR-08 UNIDAD: FARMACIA FECHA DE EMISIÓN: 14-01-2022 VERSIÓN: 05 PROCESO: GESTIÓN DE APOYO ASISTENCIAL Y FARMACÉUTICO SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI Página 1 de 27 **1. OBJETIVO** Establecer las políticas para optimizar el almacenamiento de los productos con el fin de asegurar la conservación de las especificaciones técnicas con las que fueron fabricados y por ende su seguridad y eficacia dentro del Hospital Militar Central. **2. ALCANCE** Inicia con la ubicación de los medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos para el cuidado de la salud en los lugares destinados para el almacenamiento en las farmacias, Bodegas de Almacenamiento y servicios asistenciales donde se encuentren reservas y carros de paro en el Hospital Militar Central, de acuerdo con los criterios y condiciones establecidas. Termina con la distribución o dispensación de los medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos para el cuidado de la salud. Diferente fecha de emisión a las de aprobación PROCEDIMIENTO: ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTROS INSUMOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD; CÓDIGO: AA-UNFA-PR-08; VERSIÓN: 04; Página: 27 de 27 APROBACIÓN ACTUALIZÓ: SMSM. George Brahian Céspedes C. — Servidor Misional en Sanidad Militar – Químico Farmacéutico – Unidad de Farmacia — Diciembre 2021 ACTUALIZÓ: SMSM. Diana Barrero Muñoz — Servidor Misional en Sanidad Militar – Enfermera – Unidad de Farmacia — Diciembre 2021 REVISÓ: Dr. Campo Elías Mora Vargas — Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa – Unidad de farmacia (SE) — Diciembre 2021 APROBÓ: CO (RA) MD. Guillermo A. Vega — Subdirector Sector Defensa – Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico — Diciembre 2021 PLANEACIÓN –CALIDAD Revisión Metodológica: SMSM. Jefe Pilar Adriana Duarte — Servidor Misional en Sanidad Militar – Área Gestión de Calidad — Diciembre 2021
Formato	Solicitud de acceso a tecnologías de la información, Código TI-GESU-PR-01-FT-01, versión 1.	El formato con fecha de emisión del 10/10/2017 no se encuentra relacionado en el listado maestro de documentos, sin embargo se encuentra publicado en la intranet-Sistema Documental del HOMIL	HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: SOLICITUD DE ACCESO A TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION CÓDIGO: TI-GESU-PR-01-FT-01 UNIDAD: INFORMATICA FECHA DE EMISIÓN: 10-10-2017 VERSIÓN: 01 PROCESO: TECNOLOGIA INFORMATICA PÁGINA 1 DE 2 SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI HOSPITAL MILITAR CENTRAL NIT: 830.040.256-0 CONSECUTIVO Nº: _____ SOLICITUD DE ACCESO A TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION FECHA SOLICITUD: / FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: NOMBRE Y APELLIDOS; Nº DE IDENTIFICACION; REGISTRO MEDICO; AREA O DEPENDENCIA; Cargo; Nº EXTENSIÓN – Nº CELULAR; E-MAIL PERSONAL VO. BO. JEFE INMEDIATO: NOMBRE; FIRMA VO. BO. JEFE UNIDAD DE TALENTO HUMANO: NOMBRE; FIRMA A continuación, marque con una (x) los servicios informáticos a los que requiere tener acceso. Usuario de Windows; Internet; Usuario de Dinámica Gerencial. NET; RUAF; Correo Electrónico; CENAF; Impresión; Otro Cual?; WIFI HOMIC INFORMACION PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE INFORMATICA Fecha de Creación DD/MM/AA; Fecha de Eliminación DD/MM/AA; Usuario de red asignado; Usuario de dinámica Asignado; Correo Electrónico Asignado; Usuario RUAF Asignado; Usuario CENAF Asignado; Nivel de Internet Asignado; Otro SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL Formato no se encuentra relacionado en el listado maestro de documentos

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Formatos	Lista de chequeo mantenimiento de equipos de cómputo, código TI-GERE-PR-02-FT-01, Versión 01. Lista de chequeo mantenimiento software en equipos, Código TI-GERE-PR-02-FT-03, Versión 01.	Los formatos con fecha de emisión del 26/06/10/2018 no se encuentran relacionados en el listado maestro de documentos, sin embargo se encuentran publicados en la intranet-Sistema Documental del HOMIL	 HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: LISTA DE CHEQUEO MANTENIMIENTO EQUIPOS DE CÓMPUTO CÓDIGO: TI-GERE-PR-02-FT-01 UNIDAD: INFORMATICA FECHA DE EMISIÓN: 26-06-2018 VERSIÓN: 01 PROCESO: TECNOLOGIA INFORMATICA PÁGINA: 1 DE 1 SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI Nombre de Equipo / Ubicación Responsable / Punto de red / Vlan Fecha de recepcion / Enciende el equipo / Estado Teclado / Mouse Pantalla / Placa Observaciones Formatos no se encuentran relacionados en el listado maestro de documentos  HOSPITAL MILITAR CENTRAL FORMATO: LISTA DE CHEQUEO MANTENIMIENTO DE SOFTWARE EN EQUIPOS CÓDIGO: TI-GERE-PR-02-FT-03 UNIDAD: INFORMATICA FECHA DE EMISIÓN: 26-06-2018 VERSIÓN: 01 PROCESO: TECNOLOGIA INFORMATICA PÁGINA: 1 DE 1 SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI Marca de Equipo / Ubicación Responsable / Punto de red / Vlan Serial / Enciende el equipo Fecha de recepcion / Mouse / Estado Direccion Ip / Placa Observaciones

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Metodología Institucional del Sistema Único de Habilitación, Código PL-CLDD-PR-09,Versión 2	El procedimiento publicado en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL aparece documento publicado con versión 02, sin embargo, en el Listado Maestro de documentos, presenta versión 03.	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PROCEDIMIENTO: METODOLOGÍA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	CÓDIGO: PL-CLDD-PR-09
	OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	FECHA DE EMISIÓN:15-07-2019 VERSIÓN: 02
	PROCESO: GESTIÓN PLANEACIÓN	Página 1 de 11
	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI	

1. OBJETIVO

Implementar la metodología para la verificación del cumplimiento, seguimiento y mantenimiento de las condiciones de Habilitación, enfocando el proceso hacia la seguridad del paciente, la identificación del riesgo, la gestión para la eliminación y minimización del mismo.

2. ALCANCE

Desde la Planeación, definiendo metodología, conformación de equipos de Habilitación, Autoevaluación, verificación de cumplimiento mediante proceso de auditoría, elaboración de planes de mantenimiento, seguimiento hasta cierre de brechas.

3. DEFINICIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

- **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS**: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- **ATENCIÓN DE SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.
- **CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA:** Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia. Los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización.

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

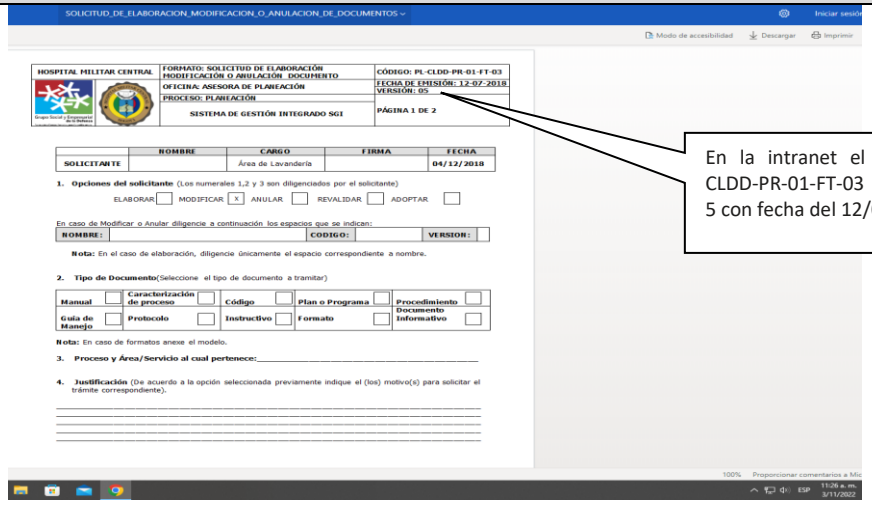
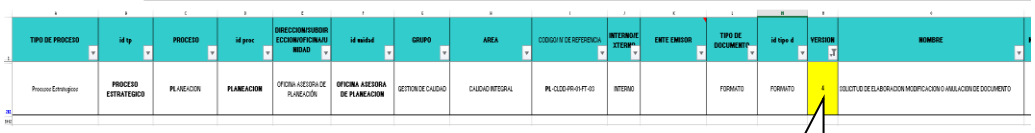
FT-CLDD-03_V4

Documento con versión 02

PROCEDIMIENTO	METODOLOGÍA INSTITUCIONAL DEL SISTEMA ÚNICO DE	CÓDIGO	PL-CLDD-PR-09	VERSIÓN	02

AREA	CODIGO/ N° DE REFERENCIA	INTERNO/E XTERNO	ENTE EMISOR	TIPO DE DOCUMENTO	id tipo d	VERSION	NOMBRE
CALIDAD INTEGRAL	PL -CLDD-PR-09	INTERNO		PROCEDIMIENTO	PROCEDIMIENTO	3	METODOLOGIA VERIFICACION Y MANTENIMIENTO SISTEMA UNICO DE HABILITACION

En el listado maestro de documentos aparece con versión 3

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Formato	Solicitud de elaboración, modificación o anulación de documento, Código PL-CLDD-PR-01-FT-03, Versión 05.	El procedimiento publicado en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL aparece documento publicado con versión 05, del 12/07/2018, sin embargo, en el Listado Maestro de documentos, presenta versión 05 del 12/07/2018.	 En la intranet el formato PL-CLDD-PR-01-FT-03 tiene versión 5 con fecha del 12/07/2018.  En el listado maestro de documentos está con versión 4 del 10/22/2020

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Plan	Programa Mejora Continua PAMEC, Código PL-CLDD-PG-02, Versión 07	Presenta doble codificación: PL-OAPL-PR-10-FT-01_V3 PL-OAPL-PR-04-FT-04_V1	La seguridad es de todos Mindefensa Transversal 3 No. 49 – 02 Bogotá D.C., Colombia Conmutador (57 1) 3 486868 www.hospitalmilitar.gov.co Hospital Militar Central @HOSMILC CÓDIGO: PL-OAPL-PR-10-FT-01_V3 CÓDIGO: PL-OAPL-PR-04-FT-04_V1 PROGRAMA: MEJORA CONTINUO PAMEC; CÓDIGO: PL-CLDD-PG-02; VERSIÓN: 07; Página: 12 de 19 Doble codificación
Procedimiento Control de Salidas No Conforme	Control de salidas no conforme, Código PL-CLDD-PR-04, Versión 03.	En el numeral 9 "*Anexos*" del Procedimiento se relaciona el anexo N°1 "*Producto no conforme y manejo de desviaciones para la planta de gases medicinales*" Código EM-CLDD-PR-04-ID-02, sin embargo, este documento no se encuentra relacionado en el listado maestro, ni publicado en la intranet-Sistema Documental del HOMIL.	PROCEDIMIENTO: CONTROL DE SALIDAS NO CONFORME; CÓDIGO: PL-CLDD-PR-04; VERSIÓN: 03; Página: 11 DE 11 **9. ANEXOS** Anexo No. 1. PRODUCTO NO CONFORME Y MANEJO DE DESVIACIONES PARA LA PLANTA DE GASES MEDICINALES Cód. EM-CLDD-PR-04-ID-02. Anexo No. 2. "Cruce de acciones preventivas, correctivas y Mejora" PR-ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y MEJORA COD. PL-CLDD-PR-06. Anexo No. 3: IDENTIFICACION, CONTROL Y TRATAMIENTO DE SALIDAS NO CONFORMES HOSPITAL MILITAR CENTRAL cód. PL-CLDD-PR-04-DI-01. Anexo No. 4: FORMATO: REGISTRO DEL PRODUCTO/SERVICIO NO CONFORME Cód.: PL-CLDD-PR-04-FT-01. **BIBLIOGRAFÍA** 1. NTC ISO 9000:2015 – Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario. 2. NTC ISO 9001:2015 - Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos. 3. Paquetes Instruccionales: Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, 2015. Documento no encontrado en la Intranet ni en el listado maestro de documentos.

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento	Auditoria Interna de Calidad y Directrices para realización de Auditoría Integral, Código EM-CLDD-PR-01	En el documento Auditoria al Programa institucional de donación y trasplantes se relaciona el Procedimiento Auditoria Interna de Calidad y Directrices para realización de Auditoría Integral, Código EM-CLDD-PR-01, sin embargo, este último no se encuentra publicado en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL, ni relacionado en el listado maestro de documentos.	Auditoría al Programa...pdf Para la realización de una auditoria se deben tener en cuenta los documentos institucionales establecidos, Procedimiento: Auditoría Interna De Calidad Y Directrices Para Realización De Auditoria Integral **Código: EM-CLDD-PR-01** El documento no se encuentra publicado en la intranet, ni se relaciona en el Listado Maestro de documentos.
Manual	Manual de Farmacovigilancia Código FR-UNFA-MN-02	En el Programa de Seguridad del Paciente, PL-CLDD-PP-03-V3, se relaciona el Manual de Farmacovililancia, Código FR-UNFA-MN-02, sin embargo, este último no se encuentra publicado en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL, ni relacionado en el listado maestro de documentos.	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE — CODIGO PL-CLDD-PP-03-V3 — VERSION 03 — Página: 15 de 24 1. Etapa de sensibilización al personal de salud 2. Reporte Obligatorio en formato del INVIMA o el institucional 3. Recepción de reporte (INVIMA y comité de farmacia y terapéutica) 4. Direccionamiento de reporte: Dirección técnica hace referencia a que el reporte relacionado con defecto de calidad del medicamento antes del uso no entra en el programa. 5. Incidente/Eventos adversos 6. Investigación del caso 7. Análisis clínico-farmacológico 8. Evaluación de causalidad (Algoritmo de Naranjo) 9. Elaboración de informe (análisis, conclusiones y recomendaciones) 10. Envío de informe al profesional reportante y socialización en el comité de farmacia y terapéutica. 11. Reporte al INVIMA, Secretaria de Salud y al laboratorio farmacéutico. 12. Diligenciamiento de base de datos. 13. verificación y socialización de alertas relacionadas con medicamentos. **NOTA**: Es Importante mencionar que cada etapa se encuentra debidamente descrita en el manual de Farmacovigilancia **CÓDIGO: FR-UNFA-MN-02,** así como las herramientas necesarias para su implementación y medición y los [illegible] la institución y es liderado por la unidad de Farmacia. **7.2. PROGRAMA DE PRÁCTICA SEGURAS** Este programa pretende adoptar las recomendaciones expedidas por el Ministerio de salud y Protección Social, las cuales se basa en las siguientes premisas: La responsabilidad de dar seguridad al paciente es de todas las personas en la institución. Para brindar atención en salud segura es necesario trabajar proactivamente en la prevención y detección de fallas de la atención en el día a día, las cuales cuando son analizadas, enseñan una lección que al ser aprendida previene que la misma falla se repita posteriormente. Para aprender de las fallas es necesario trabajar en un ambiente educativo no punitivo, pero a la vez de responsabilidad y no de ocultamiento. El número de eventos adversos reportados obedece a una política institucional que induce y estimula el reporte, más no al deterioro de la calidad de atención. El riesgo para un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todos los Instituciones prestadoras de servicios de salud del mundo. El Ministerio de salud y Protección Social diseño y difundió dos categorías de buenas prácticas: esenciales y complementarias y cada una a su interior cuenta con sus propias, por lo cual El Hospital Militar Central tomó la decisión de priorizar las buenas prácticas esenciales para la implementación. Las prácticas seguras priorizadas para la implementación son: a. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. b. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención. c. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas d. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos e. Prevenir complicaciones anestésicas f. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado g. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito) h. Atención segura del binomio madre-hijo i. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio j. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea k. Mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes. l. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. Transversal 3 # 49 - 02 Bogotá, Colombia - **Conmutador** (57 1) 348 6868 - www.hospitalmilitar.gov.co El documento no se encuentra publicado en la intranet, ni se relaciona en el Listado Maestro de documentos.

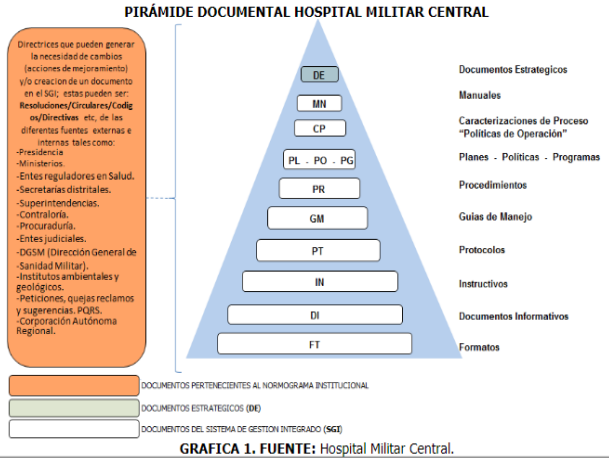
TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Programas	Seguridad del Paciente Código PL-CLDD-PP-03. Base de datos ronda de seguridad y procedimientos menores Código PL-CLDD-PP-03-FT-04. Capacitación Líderes de Seguridad, Código PL-CLDD-PP-03-PP-04. Seguimiento al proceso de acreditación, Código PL-CLDD-PP-03-PP-05.	De acuerdo con la Nota N° 7 "*Pirámide Documental*" del Procedimiento Norma Fundamental, Código, PL-CLDD-PR0-01-DI-01, la codificación de los programas corresponde a las siglas PG, sin embargo, en el Listado Maestro de documentos se codifica con las siglas PL, esta última corresponde a Planes.	

AREA	CODIGO/ Nº DE REFERENCIA	INTERNO/EXTERNO	ENTE EMISOR	TIPO DE DOCUMENT	id tipo d	VERSIÓN	NOMBRE
CALIDAD INTEGRAL	PL-CLDD-PP-03	INTERNO		PROGRAMA	PROGRAMA	3	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
CALIDAD INTEGRAL	PL-CLDD-PP-03-FT-04	INTERNO		FORMATO	FORMATO	1	BASE DE DATOS RONDA DE SEGURIDAD D PROCEDIMIENTOS MENORES
CALIDAD INTEGRAL	PL-CLDD-PP-04	INTERNO		PROGRAMA	PROGRAMA	1	CAPACITACION DE LIDERES DE SEGURIDAD
CALIDAD INTEGRAL	PL-CLDD-PP-05	INTERNO		PROGRAMA	PROGRAMA	2	SEGUIMIENTO AL PROCESO ACREDITACION

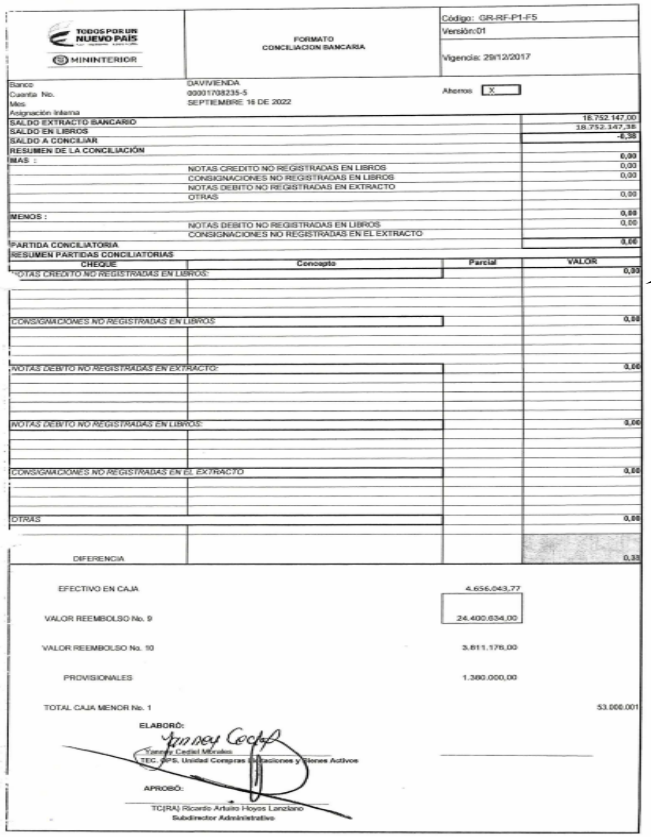
Codificación no corresponde PP según pirámide documental, para los PROGRAMAS ES PG

NOTA 7: El Hospital Militar Central adopta la directiva presidencial 04 del 3 de abril de 2012 "Cero papel en la administración pública"; por ende todos los documentos (PO-DE-MN-CP-PL-PR-GM-PT-IN- DI- FT) se pueden consultar en la Intranet del Hospital Militar Central (Sistema Documental Institucional); por tal motivo no se entregaran copias controladas de los documentos, salvo por requerimientos explícitos por circunstancias especiales.

PIRÁMIDE DOCUMENTAL HOSPITAL MILITAR CENTRAL



GRAFICA 1. FUENTE: Hospital Militar Central.

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Formato	Conciliación Bancaria, Código GR-RF-P1-FS del Ministerio del Interior	En el Arqueo de Caja Menor de Mantenimiento realizado por la OCIN a la Subdirección Administrativa, se evidenció aplicación de formato de conciliación bancaria, Código GR-RF-P1-FS del Ministerio del Interior, el cual presenta firmas del Subdirector Administrativo y Técnico de la Unidad de Compras, Licitaciones y Bienes Activos del HOMIL.	 Hallazgo evidenciado en el arqueo de caja menor de mantenimiento de la Subdirección Administrativa, donde se encontró la utilización de formatos con codificación que no corresponde al HOMIL.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS — MININTERIOR

FORMATO
CONCILIACION BANCARIA

Código: GR-RF-P1-FS
Versión:01
Vigencia: 29/12/2017

Banco: DAVIVIENDA
Cuenta No.: 0000170823 5-5
Mes: SEPTIEMBRE 18 DE 2022
Asignación interna
Ahorros [X]

SALDO EXTRACTO BANCARIO	18.752.147,00
SALDO EN LIBROS	18.752.147,38
SALDO A CONCILIAR	-0,38
RESUMEN DE LA CONCILIACIÓN	
MAS :	0,00
NOTAS CREDITO NO REGISTRADAS EN LIBROS	0,00
CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN LIBROS	0,00
NOTAS DEBITO NO REGISTRADAS EN EXTRACTO	
OTRAS	0,00
MENOS :	0,00
NOTAS DEBITO NO REGISTRADAS EN LIBROS	0,00
CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN EL EXTRACTO	
PARTIDA CONCILIATORIA	0,00

RESUMEN PARTIDAS CONCILIATORIAS

CHEQUE	Concepto	Parcial	VALOR
NOTAS CREDITO NO REGISTRADAS EN LIBROS:			0,00
CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN LIBROS			0,00
NOTAS DEBITO NO REGISTRADAS EN EXTRACTO:			0,00
NOTAS DEBITO NO REGISTRADAS EN LIBROS:			0,00
CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN EL EXTRACTO			0,00
OTRAS			0,00
DIFERENCIA			0,38

EFECTIVO EN CAJA	4.656.043,77	
VALOR REEMBOLSO No. 9	24.400.634,00	
VALOR REEMBOLSO No. 10	3.811.176,00	
PROVISIONALES	1.380.000,00	
TOTAL CAJA MENOR No. 1		53.008.001

ELABORÓ:
Yenny Cediel Morales
TEC. GPS. Unidad Compras Licitaciones y Bienes Activos

APROBÓ:
TC(RA) Ricardo Arturo Hoyos Lanziano
Subdirector Administrativo

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento Formato Formato Formato	Administración de Archivos, Código GL-RECO-PR-03 Rotulo de Caja, Código GL-RECO-PR-03 Acta de Eliminación, Código GL-RECO-PR-03-FT-04 Hoja de Control, Código GL-RECO-PR-03-FT-06	De acuerdo con el Procedimiento Norma Fundamental, Código, PL-CLDD-PR0-01-DI-01, la codificación de los documentos del proceso Gestión Documental corresponde a la sigla GD, sin embargo, el procedimiento y formatos relacionados presentan codificación con las siglas GL.	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS	CÓDIGO: GL-RECO-PR-03
	UNIDAD: APOYO LOGISTICO (Archivo Central)	FECHA DE EMISIÓN: 04-11-2020 VERSIÓN: 02
	PROCESO: GESTION DOCUMENTAL	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 17

Codificación no corresponde al proceso de Gestión Documental (GD)

1. OBJETIVO

Establecer lineamientos para la correcta aplicación de la Gestión Documental en los procesos de clasificación, organización, descripción archivística y transferencias documentales de los archivos de Gestión y Central de la entidad.

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: ROTULO DE CAJA	CÓDIGO: GL-RECO-PR-03-FT-04
	UNIDAD: APOYO LOGISTICO (Archivo Central)	FECHA DE EMISIÓN:04-11-2020 VERSIÓN: 01
	PROCESO: GESTION DOCUMENTAL	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 2

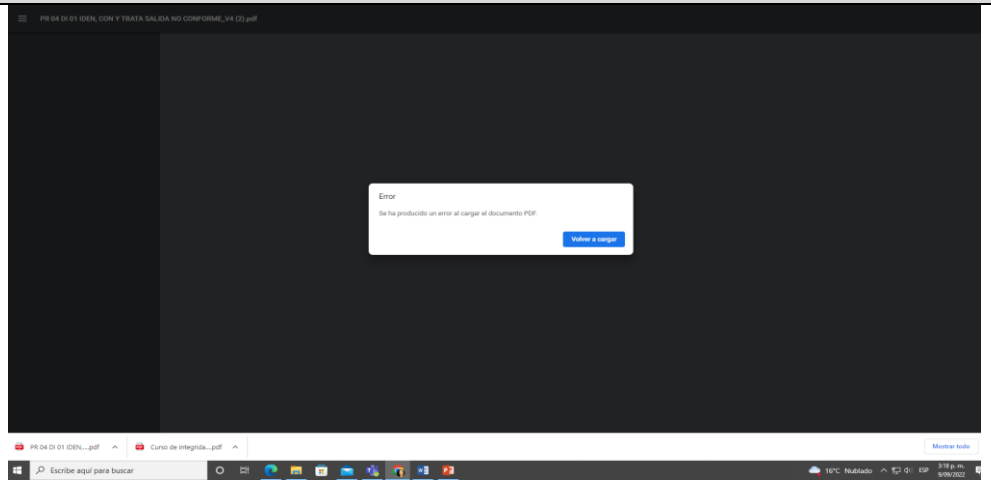
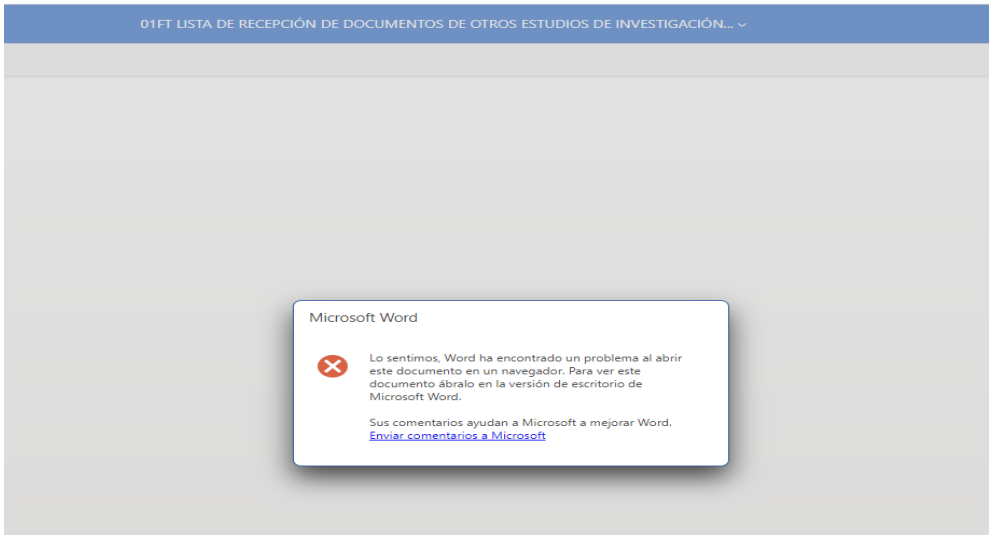
	HOSPITAL MILITAR CENTRAL

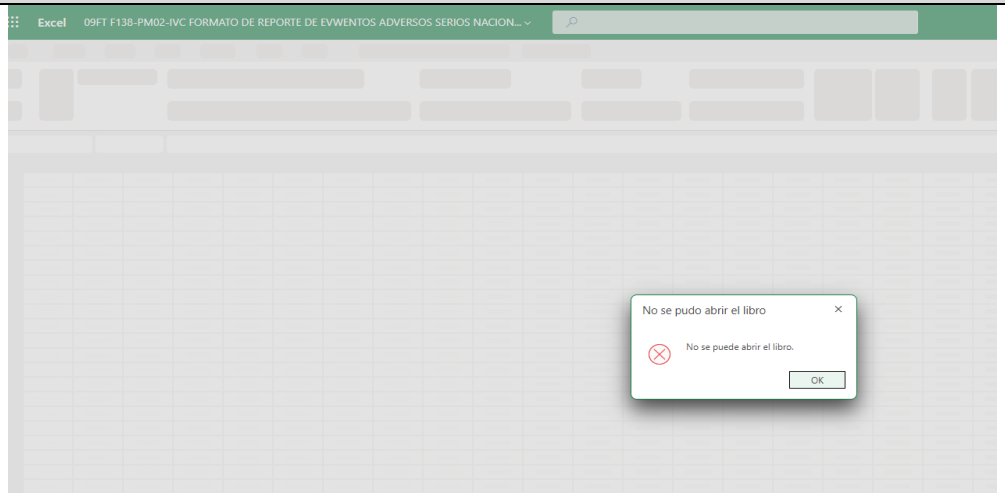
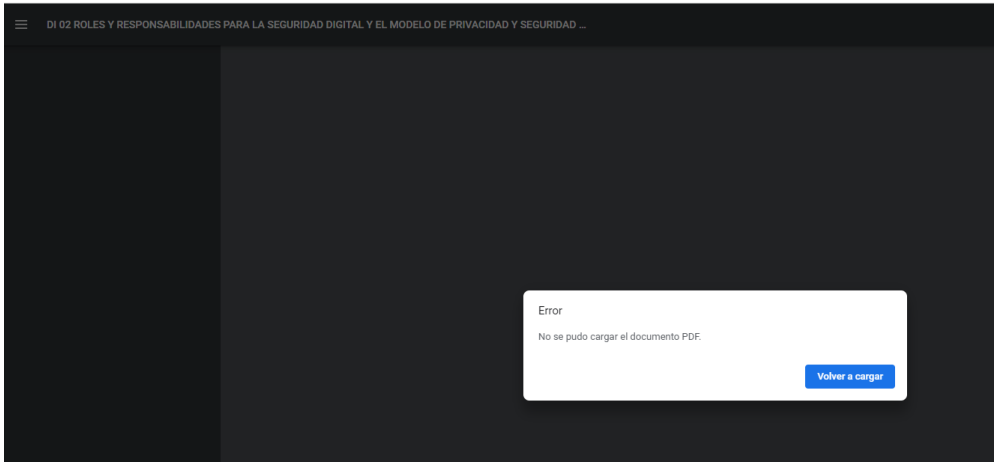
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO ACTA DE ELIMINACIÓN	CÓDIGO: GL-RECO-PR-03-FT-05
	UNIDAD: APOYO LOGISTICO (Archivo Central)	FECHA DE EMISIÓN: 04-11-2020 VERSIÓN: 01
	PROCESO: GESTION DOCUMENTAL	
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 1

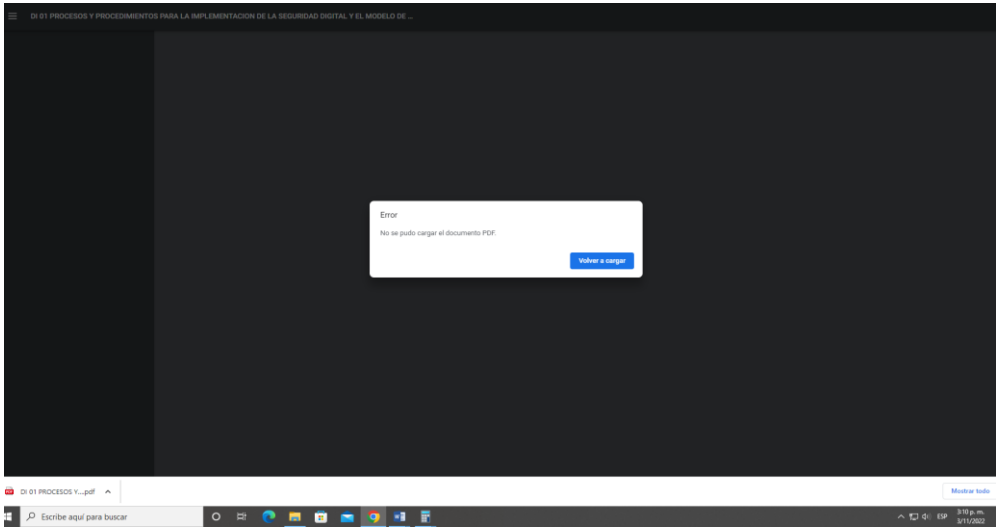
ACTA No. _____

Bogotá, D. C. día – mes – año

PARTICIPANTES		
Nombres y Apellidos	Cargo	Dependencia productora

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
		Los documentos relacionados presentan error al ser descargados de la Intranet-Sistema Documental del HOMIL, por lo tanto, no pueden ser visualizados.	 

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
			 

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
			

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
Procedimiento S	Acciones Preventivas y/o correctivas Auditoria Externa Auditoria Interna	Los documentos publicados en la página https://www.hospitalmilitar.gov.co/index.php?idcategoria=10572 se encuentran desactualizados con respecto a lo publicado en la intranet-Sistema Documental del HOMIL	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	PROCEDIMIENTO: AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD Y DIRECTRICES PARA REALIZACIÓN DE AUDITORIA INTEGRAL	CÓDIGO: PL-CLDD-PR-05
	OFICINA: ASESORA DE PLANEACCION	FECHA DE EMISIÓN: 22-12-2015 VERSIÓN: 04
	PROCESO : PLANEACION SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 DE 13

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Establecer el procedimiento para la planificación, organización, ejecución y seguimiento de auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad y directrices para realización de auditoría integral del Hospital Militar Central.

2. ALCANCE

El procedimiento de Auditoría Interna de Calidad y directrices para realización de auditoría integral; aplica a todos los procesos del Hospital Militar Central que hacen parte del Sistema de Gestión de Integral y comprende desde la planeación, ejecución, informe de las auditorías internas, hasta el seguimiento de los planes de mejora.

3. DEFINICIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

A continuación se incluyen algunas definiciones y abreviaturas relacionadas con las auditorías de calidad e integrales como son:

ALCANCE DE LA AUDITORÍA: extensión y límites de una auditoría, incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.
AUDITADO: sistema o proceso que es objeto de verificación.
AUDITOR: Persona con los atributos personales demostrados y competencias para llevar a cabo una auditoría.
AUDITOR LÍDER: persona designada para dirigir una auditoría
AUDITORÍA: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
AUDITORÍA INTERNA: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad con los requisitos establecidos y que se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva.Son auditorías de primera parte que se realizan por o en nombre de la propia organización, para revisión por la dirección y otros fines internos. Puede constituir la base para la declaración de conformidad en una organización.
CLIENTE DE AUDITORÍA: organización o persona que solicita la auditoría, ya sea el auditado o cualquier otra organización que tenga derechos reglamentarios o contractuales para solicitar una auditoría. NOTA El cliente de la auditoría puede ser el auditado o cualquier otra organización que tenga derechos reglamentarios o contractuales para solicitar una auditoría
COMPETENCIA: atributos personales y aptitud demostradas para aplicar conocimientos y habilidades.
CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA: resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos

FT-CLDD-03 V3

TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE Y CÓDIGO	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

MACROPROCESO	EVALUACIÓN	CÓDIGO	PR-UGGC-04
PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	02
PROCEDIMIENTO	SERVICIO Y/O PRODUCTO NO CONFORME	Página:	1 de 10

1. APROBACION

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORO	Vicky J. Vargas Raigoso	Ingeniera Industrial	Noviembre 2008	
	Olinto A. Bejarano Garzón	Profesional Universitario	Noviembre 2008	
	Luisa Fernanda Pombo Ospina	Profesional Especializado	Noviembre 2008	
APROBO	Nohora Inés Rodríguez Guerrero	Director General	Noviembre 2008	

2. OBJETIVO

Detectar, corregir y hacer seguimiento al servicio y/o producto No Conforme del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Militar Central, estableciendo actividades necesarias para la identificación, documentación, evaluación, segregación y disposición de los productos y/o servicios No Conformes, e implementar las medidas correctivas que garanticen la satisfacción de los usuarios.

3. ALCANCE

Desde la identificación del servicio y/o producto No Conforme hasta la elaboración del informe de gestión de las No Conformidades. Aplica a todos los servicios y/o productos que no son conformes con los requisitos en los procesos del Sistema de Gestión de Calidad.

4. DEFINICIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME: Producto y/o Servicio que no cumple con los requisitos establecidos.
NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito.
EVALUACION: Acción tomada para valorar un servicio y/o producto No Conforme.
ÁREA DE OPORTUNIDAD: Recomendaciones que realiza el auditor interno para mejorar el Sistema de Gestión de Calidad, a partir de las cuales se deben generar acciones correctivas, preventivas y planes de acción, según sea el caso.
CONCESIÓN: Autorización para utilizar o liberar un servicio y/o producto que no es conforme con los requisitos especificados.
DESECHAR: Acción tomada sobre un producto No Conforme para impedir su uso inicialmente previsto. Ej.: Reciclaje, destrucción.
Nota: En el caso de un servicio No Conforme, el uso se impide no continuando con el servicio.
REPROCESO: Acción tomada sobre un servicio y/o producto No Conforme para que cumpla con los requisitos.
RECLASIFICACIÓN: Variación de la clase de un producto No Conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales.

FOR-UGGC-02 V2

CRITERIOS:

Procedimiento Control de información Documentada, Código PL-CLDD-PR-01, Versión 07, el cual establece en el numeral 4. Disposiciones Generales:

- *La asignación de códigos a los documentos del SGI, es de exclusiva potestad del Área Gestión de Calidad y están regidos por lo descrito en el Anexo. NORMA FUNDAMENTAL. Se utilizarán las siglas de acuerdo a la Resolución Interna (Estructura de Grupos Internos de Trabajo Adscritos a las dependencias del Hospital Militar Central).*
- *Todos los documentos deben llevar las firmas de quien elaboró (Cuando es su primera versión) y/o actualizó (A partir de su segunda versión), revisó y aprobó. Estos funcionarios deben ser del (las) área(s) al cual pertenece el documento y/o tengan algún tipo de participación en los mismos; funcionarios que, a su vez, serán responsables del contenido del documento. Cuando los documentos impacten o requieran la participación de otras áreas, estas deberán firmar en la revisión, como evidencia de que se les notifica la creación o actualización del documento.*
- *La fecha de emisión de la información documentada corresponde a la fecha en la cual fue impreso el documento en el Área de Gestión Calidad.*
- *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, cambios en las actividades o tecnologías en periodos inferiores al previamente establecido.*

<u>Numeral 4.5 Frente a las publicaciones:</u>

- *El Área de Calidad administrará los documentos institucionales en la INTRANET (Sistema Documental Institucional); asegurando que estén publicados únicamente los documentos en estado de "Aprobados" y "Actualizados", así como controlar que los obsoletos no estén en circulación. Se debe también, informar acerca de los nuevos documentos elaborados a los líderes de las respectivas áreas, establecer los mecanismos que permitan verificar el uso adecuado de los mismos.*
- *Se debe asegurar que la documentación del SGI esté registrada en el Listado Maestro de Información Documentada, el cual se consulta en el área de calidad, siendo responsabilidad de las áreas y servicios la socialización, implementación, evaluación de la adherencia y puntos de control de cada documento.*

CAUSA: Posible falta de puntos de control, documentados y aplicados en el procedimiento de control de información documentada, código PL-CLDD-PR-01, en relación con la verificación de la correcta publicación de documentos en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL,

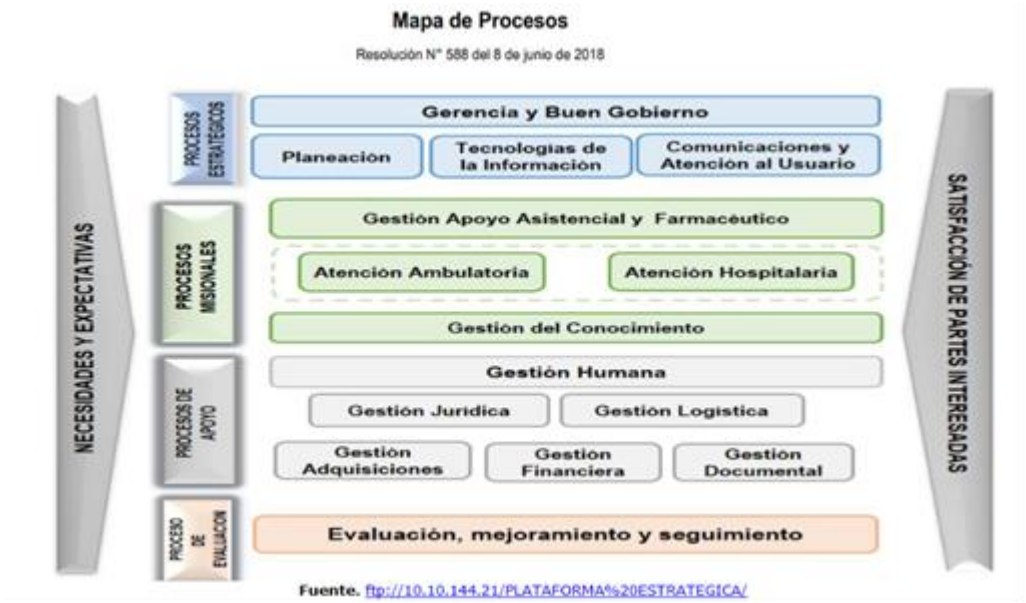
específicamente frente a las fechas de emisión y aprobación de documentos, codificación, nombres de los procesos de acuerdo con el Mapa de Procesos vigente, firmas, documentos relacionados en el listado maestro de documentos, visualización de documentos

CONSECUENCIA: documentos no controlados en el listado maestro de documentos, documentos no disponibles para su uso, afectando así el Sistema Integrado de Gestión de Calidad.

HALLAZGO N°1: La Oficina de Control Interno evidenció que el Área de Gestión de Calidad, debe establecer y aplicar puntos de control de verificación documental en el Procedimiento: control de información documentada, código PL-CLDD-PR-01, frente a las fechas de emisión y aprobación de documentos, codificación, nombres de los procesos de acuerdo con el Mapa de Procesos vigente, firmas, documentos relacionados en el listado maestro de documentos y los publicados en la Intranet, visualización de documentos.

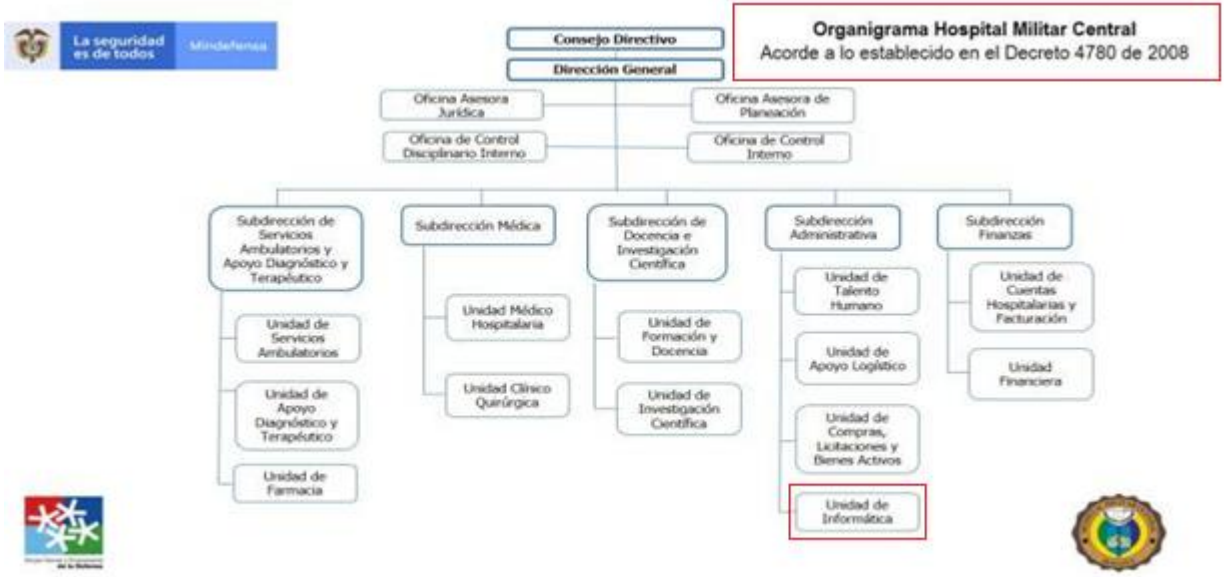
7.2 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS-ARTICULACIÓN ENTRE PROCESOS, ÁREAS Y SERVICIOS

CONDICIÓN: Mediante Resolución N°588 del 8 de junio de 2018 se establece el Mapa de Procesos del HOMIL, tal como se presenta a continuación:



Fuente. ftp://10.10.144.21/PLATAFORMA%20ESTRATEGICA/

De igual manera, de acuerdo con el numeral 6.3 "estructura organizacional" del Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01, versión04 de junio/2019, se presenta la siguiente estructura organizacional de acuerdo con el Decreto 4780 de 2008:



A. De acuerdo con lo anterior, se evidencia que el proceso Tecnologías de la Información se encuentra clasificado como proceso estratégico, sin embargo, en el organigrama del HOMIL, depende de la Subdirección Administrativa.

B. De acuerdo con lo anterior y lo establecido en el Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01, el HOMIL presenta un enfoque basado en procesos, sin embargo, en la Intranet-Sistema Documental del HOMIL, se presenta la documentación por Dirección, Subdirecciones y Oficinas, sin evidenciar su articulación con cada uno de los procesos, documentados en el Mapa de Procesos, tal como se presenta a continuación:

Sistema Documental Institucional HOMIL > server-ftp-homic > SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD (Control Documental)

Nombre	Modificado	Modificado por	Tamaño de archi...	Compartir
1. DIRECCION GENERAL	1 de marzo	Sistema Documental Instit	8 elementos	Compartido
10. DOCUMENTOS INSTITUCIONALES TRANSVERSALES	1 de marzo	Sistema Documental Instit	19 elementos	Compartido
11. FORMATOS INSTITUCIONALES	1 de marzo	Sistema Documental Instit	32 elementos	Compartido
12. MAPA DE RIESGOS POR PROCESO	1 de marzo	Sistema Documental Instit	16 elementos	Compartido
13. OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	8 de noviembre	Sistema Documental Instit	2 elementos	Compartido
2. OFICINA CONTROL INTERNO	1 de marzo	Sistema Documental Instit	4 elementos	Compartido
3. OFICINA ASESORA JURIDICA	1 de marzo	Sistema Documental Instit	6 elementos	Compartido
4. OFICINA ASESORA DE PLANEACION	1 de marzo	Sistema Documental Instit	2 elementos	Compartido
5. SUBDIRECCION DE DOCENCIA E INVESTIGACION CIENTIFICA	1 de marzo	Sistema Documental Instit	3 elementos	Compartido
6. SUBDIRECCION SERVICIOS AMB Y DE APOYO DX Y TERAPEUTICO	1 de marzo	Sistema Documental Instit	5 elementos	Compartido
7. SUBDIRECCION DE FINANZAS	11 de mayo	Sistema Documental Instit	2 elementos	Compartido
8. SUBDIRECCION MEDICA	1 de marzo	Sistema Documental Instit	12 elementos	Compartido
9. SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA	1 de marzo	Sistema Documental Instit	4 elementos	Compartido
Instruccion DESCARGA DE ARCHIVOS.txt	1 de marzo	Sistema Documental Instit	345 bytes	Compartido

Fuente: Intranet-Sistema Documental Institucional-HOMIL

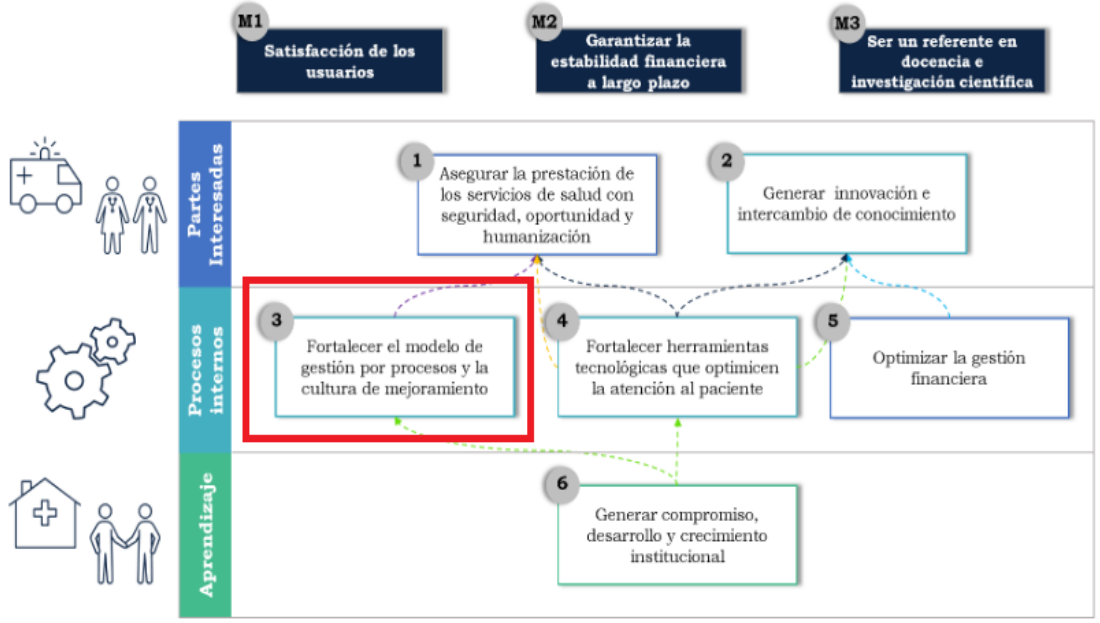
CRITERIOS: 1. Decreto 415 del 07 de marzo de 2016 "*Por el cual se adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública, Decreto 1083 de 2015, en lo relacionado con la definición de lineamientos para el fortalecimiento institucional en materia de tecnologías de la información y las comunicaciones":*

Artículo 2.2.35.4. *Nivel Organizacional*. Cuando la entidad cuente en su estructura con una dependencia encargada del accionar estratégico de las Tecnologías y Sistemas de la Información y las Comunicaciones, hará parte del comité directivo y dependerán del nominador o representante legal de la misma.

2. Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01, numeral 6.4.3.1 "Enfoque basado en procesos":

"El Hospital Militar Central presenta el enfoque basado en proceso a partir de un Mapa de Procesos que permite mostrar gráficamente las interacciones de los 15 procesos establecidos para el adecuado cumplimiento y control de la Misión Institucional y el Sistema Integrado de Gestión y Garantía de la Calidad. Desde este se muestra la articulación de los procesos institucionales en el marco del ciclo PHVA y los niveles de gestión y mejora establecidos por el Sistema Único de Acreditación"

Mapa Estratégico 2019-2022



Fuente. Oficina Asesora de Planeación.

CAUSA: de acuerdo con la entrevista realizada a la responsable del Área de Gestión de Calidad, se está trabajando en la estructura del Sistema de Gestión de Calidad basada en procesos en un módulo del Sistema Documental-Control Doc, el cual se encuentra en desarrollo por parte del proveedor, sin embargo, indica que probablemente los resultados se verán reflejados a largo plazo.

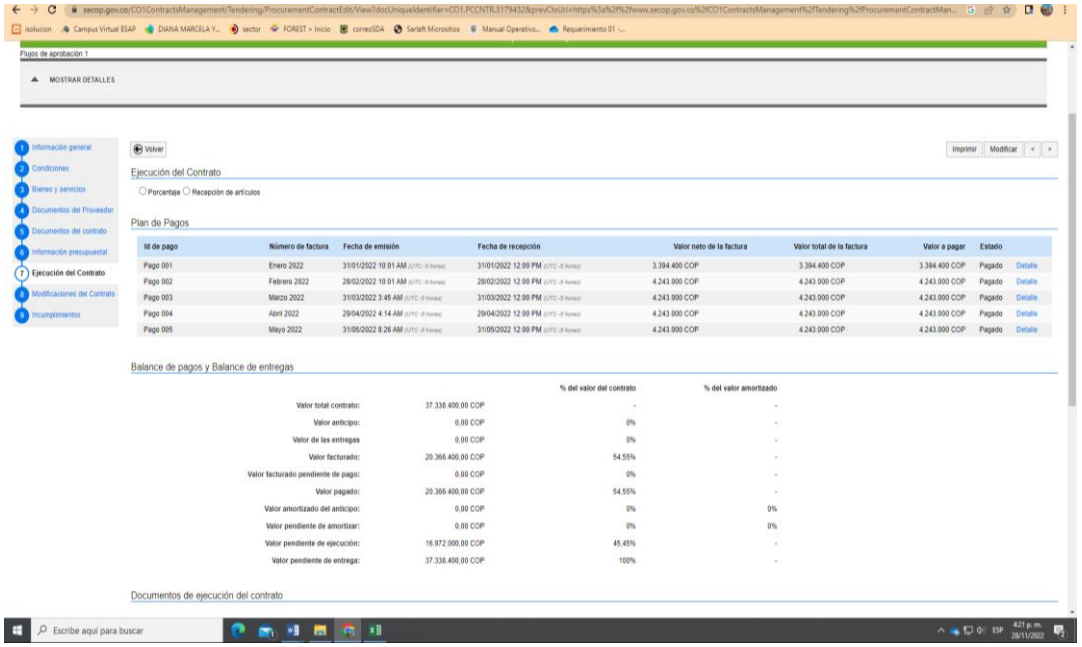
CONSECUENCIA: Posible desarticulación entre procesos y dependencias para el adecuado cumplimiento y control de la Misión Institucional y el Sistema Integrado de Gestión y Garantía de la Calidad.

RECOMENDACIÓN N°1: La Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Planeación- Área de Gestión de Calidad, adelantar las acciones pertinentes para incluir en el rediseño organizacional, lo establecido en el artículo 2.2.35.4 del Decreto 415 del 07 de marzo de 2016, estructurando en el organigrama del HOMIL, la dependencia encargada del manejo de las tecnologías y sistemas de información a nivel estratégico, dependiendo de la Dirección General, tal como se evidencia en el Mapa de Procesos de la Entidad.(Proceso Estratégico "Tecnologías de la Información")

OBSERVACIÓN N°1: Estructurar el Sistema de Gestión de Calidad por Procesos, mostrando gráficamente en la Intranet del HOMIL-Sistema Documental Institucional, la interacción de los 15 procesos con la Dirección General, Subdirecciones y oficinas, dando cumplimiento al numeral 6.4.3.1 "Enfoque basado en procesos" del Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01.

7.3 VERIFICACCIÓN DE CONTRATOS VIGENCIA 2022

CONDICIÓN: como resultado de la revisión en el SECOP II, de los 7 contratos de prestación de servicios profesionales para el Área de Gestión de Calidad, suscritos de la vigencia 2022; se evidenciaron 6 contratos que no presentan cargue de información el numeral 7 "Ejecución de Pagos", para los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2022, tal como se presenta a continuación:

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1527-2022	Jhon Alexander González Garzón	El contrato inicio desde el 07 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022, con una adición y prórroga por cuatro meses más, es decir al 30 de septiembre de 2022, sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2022.	

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Volver | Imprimir | Modificar

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

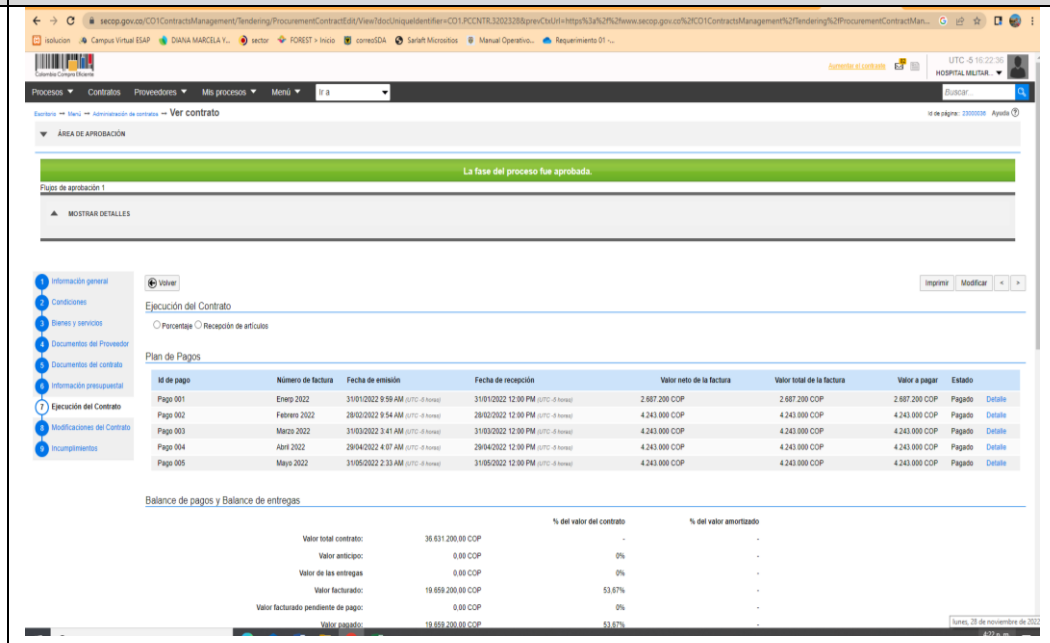
Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado	
Pago 001	Enero 2022	31/01/2022 10:01 AM (UTC -5 horas)	31/01/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	3.394.400 COP	3.394.400 COP	3.394.400 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Febrero 2022	28/02/2022 10:01 AM (UTC -5 horas)	28/02/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	Marzo 2022	31/03/2022 3:45 AM (UTC -5 horas)	31/03/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	Abril 2022	29/04/2022 4:14 AM (UTC -5 horas)	29/04/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	Mayo 2022	31/05/2022 8:26 AM (UTC -5 horas)	31/05/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	37.338.400,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	20.366.400,00 COP	54,55%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	20.366.400,00 COP	54,55%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	16.972.000,00 COP	45,45%	-
Valor pendiente de entrega:	37.338.400,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1581-2022	Henry Andrés Hurtado Caicedo	El contrato inicio desde el 12 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022, con una adición y prórroga por cuatro meses más, es decir al 30 de septiembre de 2022, sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2022.	

Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

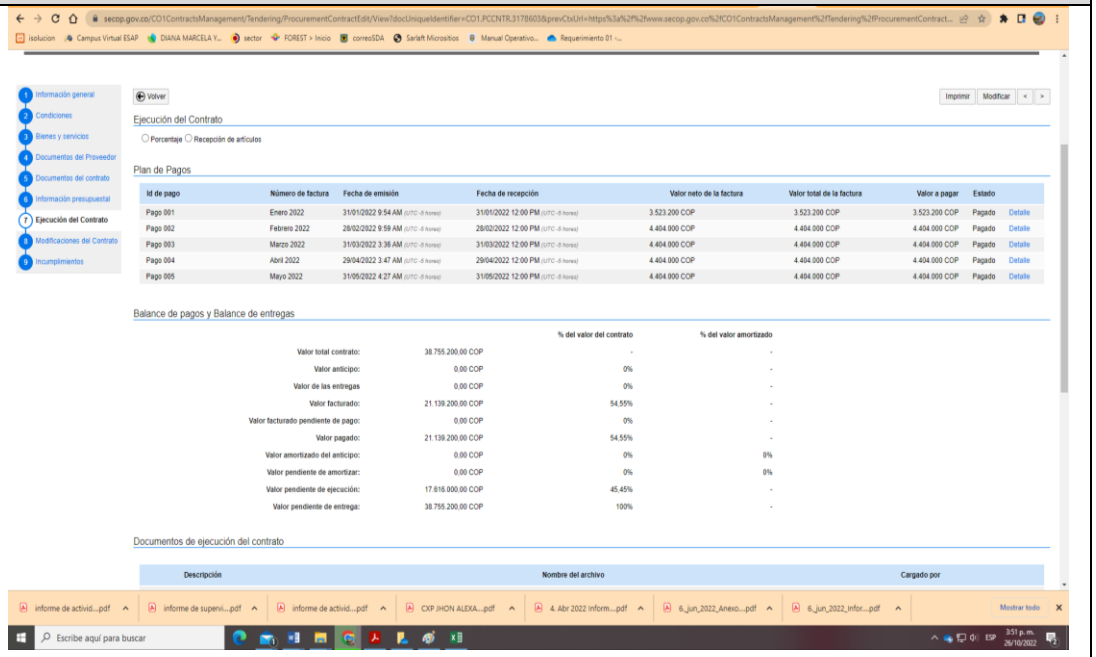
Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado	
Pago 001	Enerp 2022	31/01/2022 9:59 AM (UTC -5 horas)	31/01/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	2.687.200 COP	2.687.200 COP	2.687.200 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Febrero 2022	28/02/2022 9:54 AM (UTC -5 horas)	28/02/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	Marzo 2022	31/03/2022 3:41 AM (UTC -5 horas)	31/03/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	Abril 2022	29/04/2022 4:07 AM (UTC -5 horas)	29/04/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	Mayo 2022	31/05/2022 2:33 AM (UTC -5 horas)	31/05/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.243.000 COP	4.243.000 COP	4.243.000 COP	Pagado	Detalle

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	36.631.200,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	19.659.200,00 COP	53,67%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	19.659.200,00 COP	53,67%	-

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1529 - 2022	Laudith Torcoroma Guzmán Canonigo	El contrato inicio desde el 07 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022, con una adición y prórroga por cuatro meses más, es decir al 30 de septiembre de 2022, sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2022.	

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

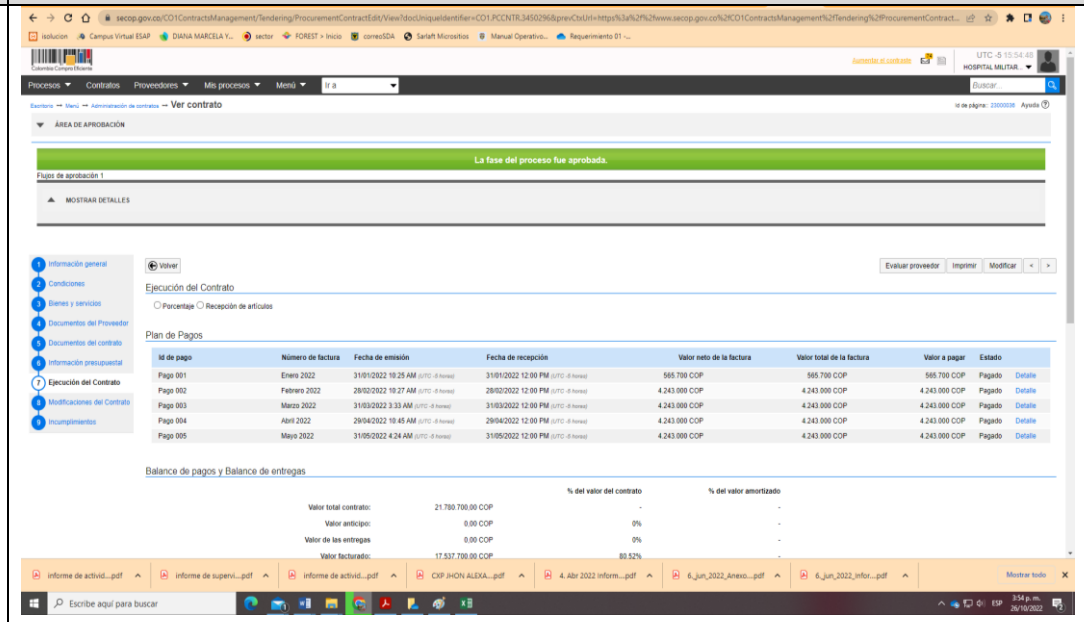
Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado	
Pago 001	Enero 2022	31/01/2022 9:54 AM (UTC -5 horas)	31/01/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	3.523.200 COP	3.523.200 COP	3.523.200 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	Febrero 2022	28/02/2022 9:59 AM (UTC -5 horas)	28/02/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.404.000 COP	4.404.000 COP	4.404.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	Marzo 2022	31/03/2022 3:36 AM (UTC -5 horas)	31/03/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.404.000 COP	4.404.000 COP	4.404.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	Abril 2022	29/04/2022 3:47 AM (UTC -5 horas)	29/04/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.404.000 COP	4.404.000 COP	4.404.000 COP	Pagado	Detalle
Pago 005	Mayo 2022	31/05/2022 4:27 AM (UTC -5 horas)	31/05/2022 12:00 PM (UTC -5 horas)	4.404.000 COP	4.404.000 COP	4.404.000 COP	Pagado	Detalle

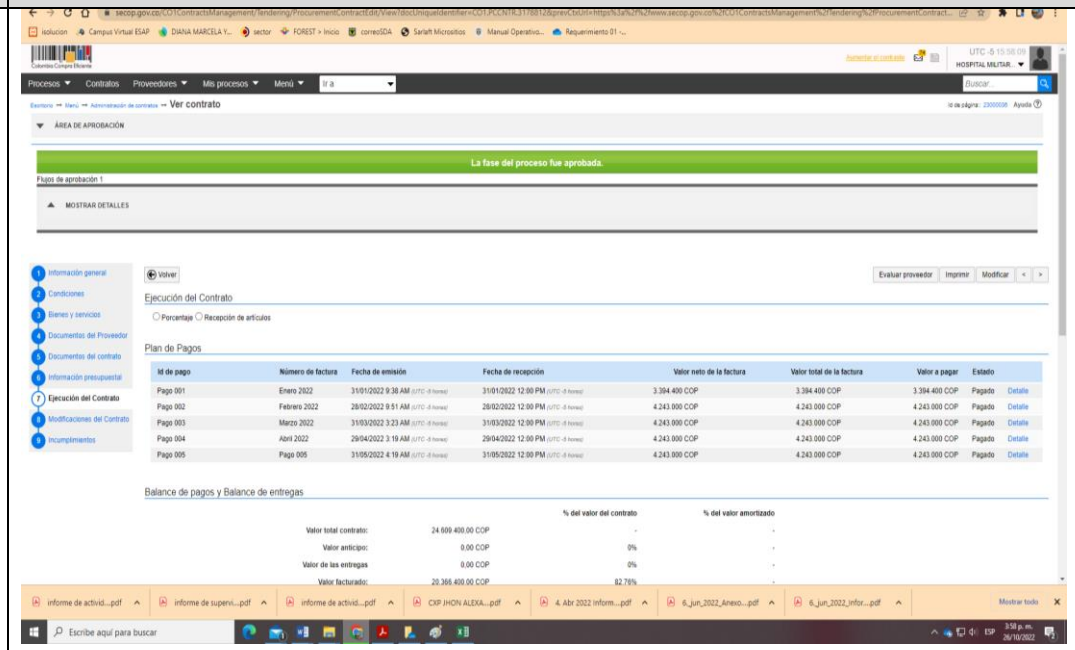
Balance de pagos y Balance de entregas

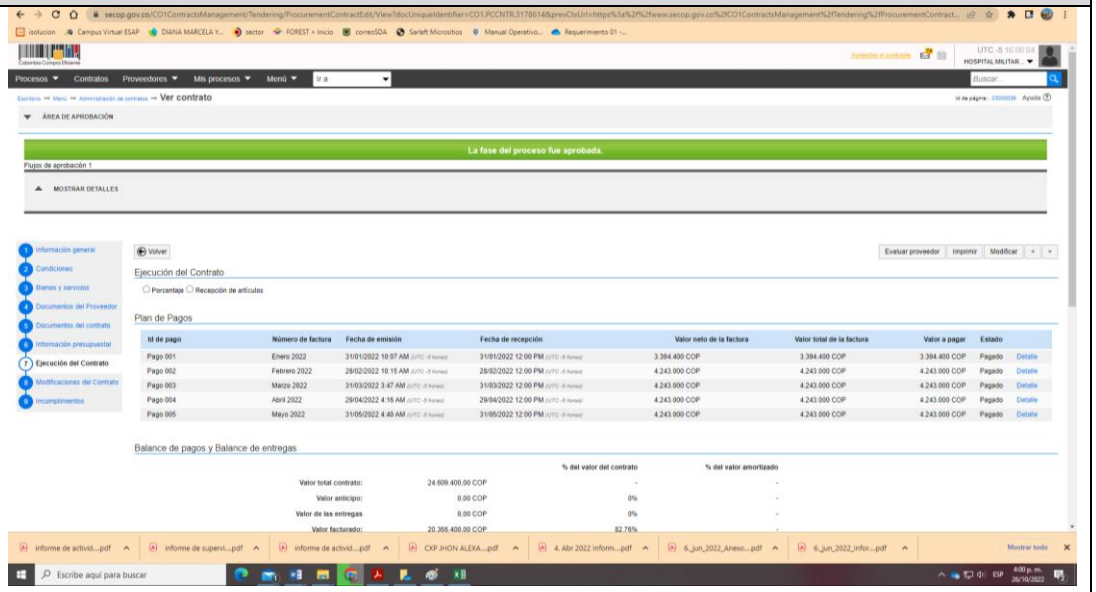
		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	38.755.200,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	21.139.200,00 COP	54,55%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	21.139.200,00 COP	54,55%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	17.616.000,00 COP	45,45%	-
Valor pendiente de entrega:	38.755.200,00 COP	100%	-

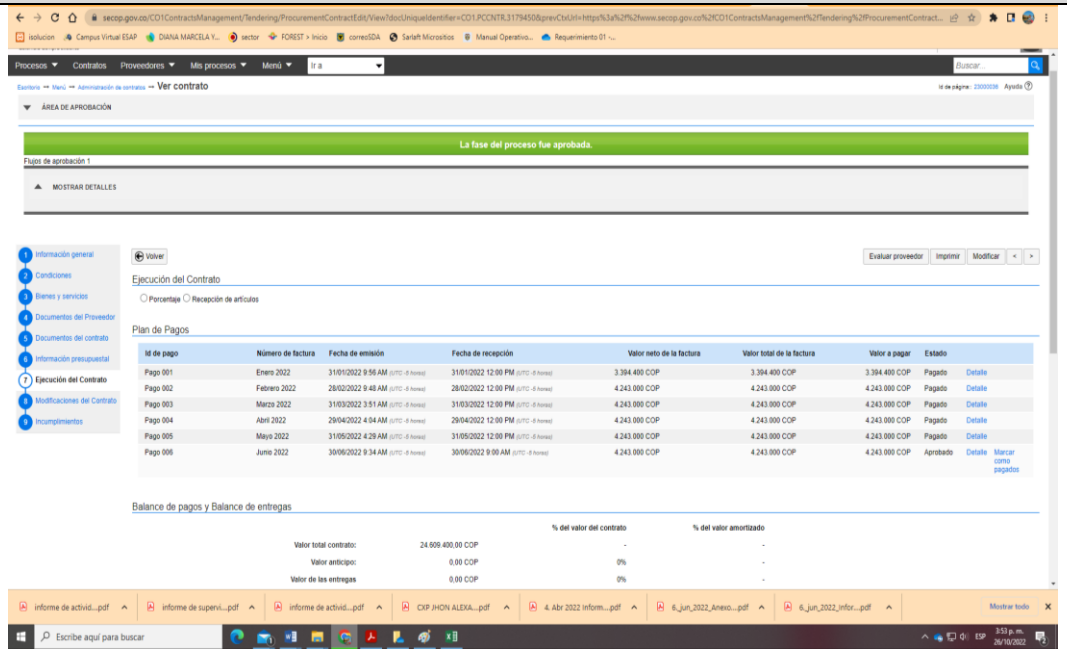
Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1668 - 2022	Diana Marcela Urrego Muñoz	El contrato inicio desde el 27 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022. Sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de junio de 2022.	

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1525 - 2022	Amalfi García Fuentes	El contrato inicio desde el 27 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022. Sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de junio de 2022.	

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1524-2022	Luz Dary Castro Quilaguy	El contrato inicio desde el 07 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022. Sin embargo, al consultar el SECOP II, numeral 7 *"Ejecución de Pagos"*, se evidencia cargue de información de enero a mayo de 2022, quedando pendiente el registro de pagos y documentación de junio de 2022.	

N° de Contrato	Nombre del Contratista	Observación	Evidencia
UNTH 1528-2022	Gloria Esperanza Jiménez Patiño	No se presentan observaciones. El contrato inicio desde el 07 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2022, evidenciando cumplimiento del cargue de la documentación en el numeral de ejecución del contrato del SECOP II.	

CRITERIO: Circular 013 del 24 de marzo de 2022 "*Obligaciones contractuales plataforma Secop II-Seguimiento contractual*", numeral 1.2:

Bogotá, D.C., 24 MAR 2022

CIRCULAR N° 013-33 DIGE-SUAD-UCLBA-SEAC

PARA SUBDIRECCION MÉDICA, SUBDIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO, SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA, SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA, SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS, JEFES DE OFICINA DEL SECTOR DEFENSA, JEFES DE UNIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA Y SUPERVISORES DE CONTRATOS.

DE : DIRECCION GENERAL

ASUNTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES PLATAFORMA SECOP II SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

Con el fin de dar cumplimiento a la norma de carácter legal, se requiere que cada una de las dependencias que tienen relación con la Supervisión de los Contratos; realicen las actividades oportunamente de acuerdo con los lineamientos que se establecen, así:

Marco Legal: Ley 1474 de 2011, Manual de Supervisión e Interventoría de la Entidad, Manual de Contratación de la Entidad y oficios de designación y/o comunicación de Supervisión.

1. **Supervisores de los Contratos**

Teniendo en cuenta que se debe realizar el seguimiento y la ejecución de los contratos, en la plataforma del SECOP II, se hace necesario que los supervisores cumplan las siguientes funciones.

1.1. Subir las actas de inicio si a ellas hubiere lugar (En el caso de los contratos de Obra e Interventoría), ó cuando la situación lo amerite, a la plataforma del SECOP II, en el numeral 7 del contrato electrónico **"Documentos de ejecución del Contrato"**, así como los informes mensuales de Supervisión, aspecto que se debe dar de carácter obligatorio dentro de los cinco (05) días hábiles iniciales de cada mes, con el fin de llevar su respectiva ejecución. (Figura N°1)

1.2. Verificar que se dé cumplimiento por parte de los Proveedores de subir a la plataforma del SECOP II, en el numeral 7 del contrato electrónico "Documentos de ejecución del Contrato" **"Plan de Pagos"** las facturas que se susciten en virtud de la ejecución del contrato, para que estas sean aprobadas. (Figura N°1)

CAUSA: posible desconocimiento de los lineamientos establecidos en la Circular 013 de 2022, frente a la verificación de la documentación publicada en el SECOP II de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normatividad y procedimientos internos vigentes.

CONSECUENCIA: Incumplimiento de los lineamientos establecidos en el numeral 1.1 de la Circular 013 del 24 de marzo de 2022.

HALLAZGO N°2: La Oficina de Control Interno evidenció que la supervisión de los contratos de prestación de Servicios del Área de Gestión de Calidad, debe verificar que los contratistas realicen el cargue de información en la plataforma Secop II, según lo contemplado en la Circular 013 del 24 de marzo de 2022.

7.4 MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO

CONDICIÓN: De acuerdo con la revisión de los riesgos asociados al Proceso Estratégico de Planeación, dos riesgos tienen como responsable al Área de Gestión de Calidad, tal como se presenta a continuación:

RIESGO	CAUSA RAÍZ	ZONA DE RIESGOS INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	OBSERVACIÓN OCIN
Posibilidad de afectación económica y reputacional por desarticulación de las partes interesadas en el desarrollo e implementación del sistema de gestión basado en procesos, debido a la no implantación de los sistemas de gestión de calidad en la organización. Planificación de los procesos.	No implantación de los sistemas de gestión de calidad en la organización. Planificación de los procesos**.**	**Moderado**	El profesional del Área de Calidad verifica cada vez que se requiera el estado de los documentos, nivel de implementación y las acciones de mejora generadas en el sistema de gestión y socializar los resultados en la inducción y re-inducción del personal asistencial y administrativo, con el propósito de mantener articulado el sistema de gestión de calidad.	Frente a la verificación del estado de los documentos, tal como se presenta en el numeral 7.1 del presente informe, de acuerdo con la revisión aleatoria documental en la Intranet-Sistema de Gestión Documental del HOMIL, se evidenciaron 34 documentos que presentan observaciones tales como: Documentos no identificados en el Listado Maestro de documentos y publicados en la Intranet-Sistema Documental Institucional. Documentos con procesos que no se identifican en el Mapa de Procesos aprobado mediante Resolución 588 de 8 de junio de 2018. Codificación que no coincide con las siglas establecidas en el Anexo Norma Fundamental del Procedimiento Control de información Documentada, Código PL-CLDD-PR-01, Versión 07. Documentos con diferente fecha de emisión y aprobación.
Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento normativo, multas y sanciones por parte de entes de control, debido a atenciones inseguras que generan percepción desfavorable de la entidad a los usuarios y los entes reguladores	Atenciones inseguras que generan percepción desfavorable de la entidad a los usuarios y los entes reguladores	**Moderado**	El profesional del Área de Calidad, realiza semanalmente rondas de seguridad y aplicación de herramientas de evaluación de adherencia, con el fin de aplicar insumos metodológicos para fortalecer la cultura de seguridad en las diferentes áreas.	No se presentan observaciones. Se evidencia cumplimiento del control establecido.

Fuente: Mapa de Riesgos Institucional 2021

CRITERIO: Política de operación para la Administración del Riesgo en el Hospital Militar Central, numeral 7: "Roles y Responsabilidades de la primera línea de defensa":

- *Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión.*
- *Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles aplicados por el equipo de trabajo en la gestión del día a día, detectar las deficiencias de los controles y determinar las acciones de mejora a que haya lugar.*
- *Desarrollar ejercicios de autoevaluación para establecer la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles seleccionados para el tratamiento de riesgos identificados.*

CAUSA: posibles debilidades en la aplicación de controles definidos para mitigar o reducir el riesgo, en relación con la verificación del estado de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

CONSECUENCIA: incremento de la probabilidad de materialización del riesgo.

HALLAZGO N°3: La Oficina de Control Interno evidenció que la supervisión de los contratos de prestación de Servicios del Área de Gestión de Calidad, debe verificar que los contratistas realicen el cargue de información en la plataforma SECOP II, según lo contemplado en la Circular 013 del 24 de marzo de 2022.

7.5 SEGUIMIENTO AL FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN- ANÁLISIS DE CAUSAS.

CONDICIÓN: De acuerdo con el informe de avance Plan de Acción del HOMIL I y II trimestre de la vigencia 2022, como resultado de la autoevaluación realizada al proceso de acreditación se presentaron los siguientes resultados:

RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN AL PROCESO DE ACREDITACIÓN DEL HOMIL

I TRIMESTRE 2022

ASISTENCIAL		APOYO	
Proceso de atención al cliente asistencial	3,17	Direccionamiento	3,23
		Gerencia	3,10
		Gerencia de Talento Humano	3,15
		Gerencia de Ambiente Físico	3,04
		Gestión Tecnológica	2,81
		Gerencia de la Información	2,75
		Mejoramiento de la Calidad	2,44
SUBTOTAL	3,17	SUBTOTAL	2,93
TOTAL	3,05		

II TRIMESTRE 2022

ASISTENCIAL		APOYO	
Proceso de atención al cliente asistencial	3,71	Direccionamiento	4,28
		Gerencia	4,14
		Gerencia de Talento Humano	3,91
		Gerencia de Ambiente Físico	3,84
		Gestión Tecnológica	3,62
		Gerencia de la Información	3,14
		Mejoramiento de la Calidad	3,94
SUBTOTAL	3,71	SUBTOTAL	3,84
TOTAL	3,78		

Fuente: Informe avance Plan de Acción del HOMIL

De acuerdo con lo anterior, se presenta una mejora de los resultados del I trimestre de 2022, con un total de 3.05, frente al II trimestre de 2022 con un resultado de 3.78, de acuerdo con la entrevista realizada al Área de Calidad, a la fecha el HOMIL no ha alcanzado el puntaje que permita presentarse y solicitar los servicios de Acreditación; Actualmente se presenta un plan de mejoramiento consolidado de acreditación, el cual incluye direccionamiento, gerencia, talento humano, ambiente físico, tecnología, información y proceso de acreditación cliente asistencial, sin embargo, no se presentan las causas que motivaron el hallazgo y su articulación con las acciones de mejora, para subsanar la situación identificada. A continuación se muestra la estructura de los planes de mejoramiento:

	QUE		PORQUE			COMO		
Nº	NORMA/ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA /HALLAZGO	CRITERIOS ACREDITACIÓN	ANALISIS DE CAUSA	Grupo de Calidad: Enumere las causales motivo del hallazgo.	OBJETIVO (Alineado al Mapa de Objetivos Estratégicos)	ACCION DE MEJORAMIENTO	DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: ENFOQUE - IMPLEMENTACIÓN - RESULTADO	Nº ACCION DE MEJORAMIENTO
1	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	• Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique). • La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica. • La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención. • El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados. • La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación. • Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. • La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología. • La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.	Se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de estándares de acuerdo a Enfoque, Implementación y Resultado, definiendo las Oportunidades de mejora a trabajar dentro del proceso de acreditación.	1. Implementar herramientas mediante las cuales la institución mide el proceso de compresión y seguimiento de los derechos y deberes de los pacientes	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Definir herramientas que permitan medir la comprensión de los derechos y deberes, para ser evaluado al cliente externo	ENFOQUE	1
						H. Realizar la medición a través de muestra poblacional, de la comprensión y seguimiento a los derechos y deberes	IMPLEMENTACIÓN	1
						V. Realizar la evaluación de la medición, en la cual se determine comprensión y seguimiento a derechos y deberes.	RESULTADO	1
						A. Tomar acciones de acuerdo a hallazgos encontrados en la verificación	RESULTADO	1
						P. Definir metodología para alcanzar cobertura mayor al 90% de funcionarios y contratistas frente a conocimiento derechos	ENFOQUE	1

PACAS DIRECCIONAMIENTO GERENCIA TALENTO HUMANO AMBIENTE FÍSICO TECNOLOGÍA INFORMACIÓN +

Fuente: Plan de Mejoramiento Acreditación-PACAS

	QUE		PORQUE			COMO		
	NORMA/ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA /HALLAZGO	CRITERIOS ACREDITACIÓN	ANALISIS DE CAUSA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBJETIVO (Alineado al Mapa de Objetivos Estratégicos)	ACCION DE MEJORAMIENTO	DIMENSIÓN DE LA CALIDAD: ENFOQUE - IMPLEMENTACIÓN - RESULTADO	Nº ACCION DE MEJORAMIEN
124	La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:	• Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Elementos de protección para el personal. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. • Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique. • La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos. • La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución. • Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.	Se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de estándares de acuerdo a Enfoque, Implementación y Resultado, definiendo las Oportunidades de mejora a trabajar dentro del proceso de acreditación.	1. Realizar evaluación de adherencia a nivel institucional frente al manejo seguro de desechos	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Definir la herramienta para evaluar la adherencia del personal asistencial y administrativo frente a manejo seguro de desechos	ENFOQUE	1
						H. Según muestra definida, evaluar la adherencia del manejo seguro de desechos	IMPLEMENTACIÓN	1
						V. Verificar la cobertura de la medición de la adherencia	RESULTADO	1
						A. Tomar acciones de acuerdo a hallazgos encontrados en la verificación	RESULTADO	1
		• La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna. • La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación. • Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.				P. Definir la herramienta para evaluar la adherencia del personal asistencial y administrativo frente al plan de emergencias internas y externas del HOMIL	ENFOQUE	1
						H. Según muestra definida, evaluar la adherencia del plan	IMPLEMENTACIÓN	1

PACAS DIRECCIONAMIENTO GERENCIA TALENTO HUMANO AMBIENTE FÍSICO TECNOLOGÍA INFORMACIÓN +

Fuente: Plan de Mejoramiento Acreditación-Ambiente Físico

P13 ANALISIS DE CAUSA

Nº	NORMA/ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA /HALLAZGO	CRITERIOS ACREDITACIÓN	ANALISIS DE CAUSA	Grupo de Calidad: Enumere las causales motivo del hallazgo.	OBJETIVO (Alineado al Mapa de Objetivos Estratégicos)	ACCION DE MEJORAMIENTO
104	Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:	• Legislación. • Evaluación periódica de expectativas y necesidades. • Evaluación periódica del clima organizacional. • Evaluación periódica de competencias y desempeño. • Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. • Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales. • Análisis de puestos de trabajo. • Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción.seguimiento y retiro. • Políticas de compensación y definición de escala salarial. • Estímulos e incentivos. • Bienestar laboral. • Necesidades de comunicación organizacional. • Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional. • Relación docencia-servicio. • Efectividad de la respuesta.	Se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de estándares de acuerdo a Enfoque, Implementación y Resultado, definiendo las Oportunidades de mejora a trabajar dentro del proceso de acreditación.	1. Implementación de mecanismos efectivos para identificar verdaderas necesidades que respondan a la realidades de cada puesto de trabajo.	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Identificar las necesidades de talento humano en las difefentes áreas del Hospital Militar Central y plasmarlas en hoja de trabajo H. Crear una matriz de necesidades de acuerdo a la identificación de las mismas previamente, discriminando las áreas asistenciales y administrativas. V. Realizar seguimiento a las necesidades expuestas en la matriz. A. Actualizar anualmente la matriz de necesidades de las diferentes áreas, siempre y cuando sea necesario a fin de tomar las deciciones correspondientes para la contratación de personal.
				2. Buscar estrategias de motivación o retención del personal, toda vez que la alta rotación no permite la apropiación de lineamientos institucionales	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Identificar áreas y servicios donde se presenten mayor cantidad de rotación H. Aplicar actividades de plan de bienestar e incentivos prioritariamente en áreas y servicios con mayor cantidad de rotación V. Evaluar la rotación posterior a las actividades realizadas A. Tomar acciones de acuerdo a hallazgos encontrados en la verificación
				3.Socializar el resultado de cargas laborales por grado, competencia y riesgos laborales	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Determinar las necesidades de las diferentes dependencias de la entidad desde cargas laborales y riesgos laborales. H. Ejecutar el plan operativo de acuerdo a la priorización previamente elaborada, junto con el analisis de arquitectura de puestos de trabajo. H. Ejecutar el las necesidades previamente identificadas, junto con el analisis de arquitectura de puestos de trabajo.

PACAS DIRECCIONAMIENTO GERENCIA TALENTO HUMANO AMBIENTE FÍSICO TECNOLOGÍA INFORMACIÓN +

Fuente: Plan de Mejoramiento Acreditación-Talento Humano

S1 FORMATO: PLAN DE MEJORAMIENTO GRUPO DE CALIDAD

HOSPITAL MILITAR CENTRAL — FORMATO: PLAN DE MEJORAMIENTO GRUPO DE CALIDAD

QUE — PORQUE

	NORMA/ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA /HALLAZGO	CRITERIOS ACREDITACIÓN	ANALISIS DE CAUSA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	OBJETIVO (Alineado al Mapa de Objetivos Estratégicos)	ACCION DE MEJORAMIENTO
132	La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva. • La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología. • La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública. • La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología. • La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación. • Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología	Se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de estándares de acuerdo a Enfoque, Implementación y Resultado, definiendo las Oportunidades de mejora a trabajar dentro del proceso de acreditación.	1. Socializar a nivel institucional la información sobre planeación, adquisición y mantenimiento de tecnología al cliente interno y al cliente externo.	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Realizar mesa de trabajo para establecer la política de renovación tecnológica y sus lineamientos H. Documentar la política de renovación tecnológica (desde equipo biomédico) y realizar su socialización V. Evaluar la socialización de la política A. Realizar la toma de acciones de acuerdo a la verificación realizada, teniendo en cuenta siempre la atención centrada en el
				2.Evaluar y socializar resultados del proceso de renovación tecnológica desde el costo, efectividad y seguridad	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Realizar mesa de trabajo para establecer mecanismos de evaluación y socialización del proceso de renovación tecnológica H. evaluar el proceso semestralmente desde Equipo Biomédico V. Identificar posibles mejoras A. Realizar la toma de acciones de acuerdo a la verificación realizada, teniendo en cuenta siempre la atención centrada en el usuario y sus familias
	La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada	• La evidencia de seguridad. • Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores. • La definición del tiempo de vida útil de la tecnología. • La garantía ofrecida. • Las condiciones de seguridad para su uso. • Los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.	Se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de	1. Verificar en que servicios se presenta afectación del cierre del servicio por falla de equipos, estableciendo las causas y realizando la formación necesaria para su control	Asegurar la prestación de servicios de salud con seguridad, oportunidad y humanización	P. Establecer mesa de trabajo donde se definan las áreas que se presenten afectación del cierre de servicio por falla de equipos H. Realizar las capacitaciones a las áreas donde se presenten afectación por falla de equpos V. Realizar la evaluación de conocimientos de la capacitación realizada A. Realizar la toma de acciones de acuerdo a la verificación realizada, teniendo en cuenta siempre la atención centrada en el usuario y sus familias

PACAS DIRECCIONAMIENTO GERENCIA TALENTO HUMANO AMBIENTE FÍSICO TECNOLOGÍA INFORMACIÓN +

Fuente: Plan de Mejoramiento Acreditación-Tecnología

De acuerdo con lo anterior, el documento "Plan de Mejoramiento Acreditación", suministrado por el Área de Gestión de Calidad cuya codificación corresponde al formato "Plan de Mejoramiento Grupo de Calidad", código PL-CLDD-PR06-FT-01, versión 1 del 22-02-2017, establece en la columna P "análisis de causas", se debe "enumerar las causales motivo del hallazgo", sin embargo, no se evidencian las causas analizadas, si

no que en todos los planes de mejoramiento se presenta como causa "*se realiza proceso de autoevaluación institucional de acuerdo a Manual Único de Acreditación Hospitalario y Ambulatorio Versión 3.1., donde los equipos primarios realizan calificación de estándares de acuerdo a Enfoque, Implementación y Resultado, definiendo las Oportunidades de mejora a trabajar dentro del proceso de acreditación*"

CRITERIO: Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, Código PL-CLDD-PR-06

Análisis de causas: Es la búsqueda de una o varias situaciones que están generando el problema, en aras de identificar la causa raíz; estas se puede apoyar en el uso de la o las técnicas estadísticas o herramientas de estudio que se crean convenientes, con lo que se pretende asegurar la toma de decisiones eficaces basadas en el análisis de los datos y la información; minimizando al máximo el riesgo de que vuelva a darse la situación de análisis y

SI ENCUENTRA ESTE DOCUMENTO IMPRESO, TENGA EN CUENTA QUE ES UNA COPIA NO CONTROLADA; POR FAVOR REMITIRSE A LA INTRANET INSTITUCIONAL

FT-CLDD-03 V3

PROCEDIMIENTO	ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y MEJORA	CÓDIGO	PL-CLDD-PR-06	VERSIÓN	07
		Página:	4 de 23		

3. DEFINICIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO

plantear con mayor seguridad las acciones de mejoramiento.

Diagrama de espina de pescado o Diagrama Causa - Efecto: Diagrama que muestra el origen de un evento. Los usos más frecuentes del diagrama están relacionados con el diseño de un producto, la prevención de defectos de calidad, la identificación de posibles factores que causan un efecto general. Cada causa o razón de la imperfección es una fuente de variación. Las causas son generalmente agrupadas en las categorías principales para identificar las fuentes de variación. Las categorías incluyen:

A. **Mano de Obra**: Relacionado con las competencias del personal responsable de ejecutar una actividad, así como la presencia o ausencia de mano de obra.
B. **Medio Ambiente**: Cuando el entorno externo influye como las condiciones, la ubicación, el tiempo, la temperatura y la cultura en la que el proceso opera.
C. **Maquinaria**: Equipos, computadoras, herramientas, etc.
D. **Moneda**: Recursos económicos y de materias primas.
E. **Método**: Forma como se realiza el proceso y los requisitos específicos para hacerlo (políticas, procedimientos, reglas, reglamentos y leyes).
F. **Managment**: Directrices y políticas organizacionales.
G. **Materiales:** Insumos o materiales base para la realización de las actividades.

SGI: Sistema de Gestión Integrado.

4. DISPOSICIONES GENERALES

Recomendaciones para registrar una no conformidad real o potencial u oportunidad de mejora:

Es importante que en la descripción de la No Conformidad se incluyan las evidencias, datos y el requisito incumplido que la soporta, en lo posible no escribir nombres propios en la redacción, ya que éstas no pertenecen o hacen referencia a las personas sino a los procesos o elementos del Sistema de Gestión.

En la redacción: Puede iniciar usando la expresión **"No se evidencia" "No se identifica"** seguido del incumplimiento general (lo que dice el requisito o el documento) y a continuación describir el requisito que incumple y la norma, posteriormente registrar los hallazgos que soportan la no conformidad.

CAUSA: Posibles debilidades en la formulación del plan de mejoramiento de acreditación, específicamente en el análisis de causas y su articulación con las acciones de mejora para subsanar la situación identificada.

CONSECUENCIA: Posibles debilidades en el cumplimiento del objetivo estratégico "Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento y objetivo específico "Acreditación de la gestión por Procesos"

HALLAZGO N°4: La Oficina de Control Interno evidenció que el Área de Calidad debe enumerar las causas o causa raíz en el formato de Plan de Mejoramiento, donde se evidencie su articulación con las acciones de mejora.

7.6 SEGUIMIENTO AL PROCESO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

CONDICIÓN: De acuerdo con el informe de avance Plan de Acción del HOMIL I y II trimestre de la vigencia 2022, como resultado de la autoevaluación de seguimiento para verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, se presentaron los siguientes resultados:

RESULTADOS AUTOEVALUACIÓN AL PROCESO DE HABILITACIÓN DEL HOMIL			
I TRIMESTRE 2022		II TRIMESTRE 2022	
Interdependencias	100%	Interdependencias	100%
Dotación	95%	Historia Clínica	99%
Historia Clínica	94%	Procesos Prioritarios	98%
Procesos Prioritarios	92%	Medicamentos-Dispositivos	98%
Medicamentos-Dispositivos	88%	Talento Humano	98%
Infraestructura	86%	Dotación	96%
Talento Humano	85%	Infraestructura	80%

Fuente: Informe avance Plan de Acción del HOMIL

CRITERIO: De acuerdo con los resultados de la verificación de estándares de habilitación se presentaron los siguientes resultados:

Interdependencias	**Cumple**
Dotación	**Cumple**

Historia Clínica	No Cumple
Procesos Prioritarios	No Cumple
Medicamentos-Dispositivos	No Cumple
Talento Humano	Cumple

Fuente: Informe Secretaria Distrital de Salud 2022

CAUSA: Posibles debilidades en las acciones efectivas por parte de las Áreas y Servicios, para subsanar situaciones identificadas en las autoevaluaciones de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación.

CONSECUENCIA: Cierre de servicios

OBSERVACIÓN N°2: La Oficina de Control Interno recomienda al Área de Calidad fortalecer acciones de contingencia con Áreas y Servicios de acuerdo con los resultados de la verificación de estándares de habilitación, que les permitan avanzar en el cumplimiento de los estándares de habilitación.

7.7 SEGUIMIENTO A LAS FUNCIONES RESOLUCION 035/2022

CONDICIÓN: De acuerdo con la información entregada por el Área de Gestión Calidad con respecto a los Comités desarrollados en el Hospital Militar Central se pudo evidenciar en términos generales:

- En las listas de asistencias aportadas no se logra evidenciar si hubo quorum, no se relacionan los cargos de los asistentes principales e invitados.
- Listas de asistencia aportadas sin firmas
- Utilización de formatos diferentes al formato acta de reunión PL-CLDD-PR-01-FT-14 estandarizado en el sistema de gestión de calidad.
- No se establecen compromisos con sus responsables y no se realiza seguimiento a los compromisos del acta anterior.
- Actas diligenciadas a manuscrito no son legibles
- Comités realizados que no se cumplen con el quorum

Tal como se presenta a continuación:

COMITÉ	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
TRASPLANTES **Resolución** 874 29 nov 2005 modificatorio 1107 del 11 dic 2014	Lista de asistencia sin fecha y tema, en blanco el encabezado, no es claro la fecha de realización del comité en el encabezado del acta esta que se realizó las fechas nombradas en el encabezado no corresponden en el desarrollo del Acta. No se evidencia la asistencia del representante de la universidad, ni el cumplimiento del total de las funciones como indicadores de gestión del desarrollo de los programas de trasplantes, información consolidada mensualmente para que la institución prestadora de servicios envié a la coordinación regional de la red de donación y trasplantes	HOSPITAL MILITAR CENTRAL | ACTA DE REUNIÓN | CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01-FT-14 OFICINA: ASESORA DE PLANEACIÓN (Área Gestión de Calidad) | FECHA DE EMISION: 19-02-2021 PROCESO: PLANEACIÓN | VERSIÓN: 04 | Página 1 de 2 SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO TEMA: Comité Trasplantes | REUNIÓN ÁREA O SERVICIO ORGANIZADOR: Trasplantes | FECHA:11/11/2021 | Virtual X Presen.__ _ LUGAR O SITIO DE REUNIÓN: Virtual | HORA INICIO: 07:30 a.m | HORA FINAL:8:00 a.m PARTICIPANTES NOMBRE | DOC. IDENTIDAD | CARGO | DEPENDENCIA | FIRMA 1. Se anexan hojas firmas 2. Mauricio Restrepo | 5172494 | Esp prot | ortopedia 3. María Nora López | 52961194 | Infectología | Infectología | M. López 4. 5. 6. 7. El día 20 de Noviembre de 2021 a las 7:30 horas, se reúne en plataforma virtual teams los miembros de servicio hemato-oncología, oftalmología, Trasplantes, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, ortopedia, Infectología y calidad para dar cumplimiento al comité ordinario Asistieron a la reunión: Formato de firmas. Siendo las 7:00 horas del 20 de Noviembre se presenta aprobación del comité los temas propuestos en el mes de Noviembre. Recepción a inicio a la reunión: Orden del Día Verificación del quorum HOSPITAL MILITAR CENTRAL | LISTA DE ASISTENCIA | CÓDIGO: PL-CLDD-PR-01-FT-13 OFICINA: ASESORA DE PLANEACIÓN (Área Gestión de Calidad) | FECHA DE EMISION: 19-02-2021 PROCESO: PLANEACIÓN | VERSIÓN: 04 | Página 1 de 2 TEMA DE REUNIÓN: | GRUPO O ÁREA: FECHA: | HORA: | LUGAR: CONFERENCISTA: CAPACITACION:____ INTENSIDAD HORARIA:____ SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO No. | NOMBRE | DOC. IDENTIDAD | CARGO | DEPENDENCIA | FIRMA 1 | Mauricio Sabogal M | 19133431 | Esp Plásticos | C. plástico 2 | Rodny Castro | 52499930 | Metrólogo Calidad | Calidad 3 | Federico Hernandez | 1054444449 | Residente | Cx maxilofa 4 | Aida Garcia Gomez | 52.186.148 | Medico Especialista | ORTOPEDIA 5 6 7 8 9

COMITÉ	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
SIVIGILA NO se encontró resolución	Actas sin firmas y no se puede evidenciar los participantes	

TEMA: AJUSTES EVENTO 346		REUNIÓN
ÁREA O SERVICIO ORGANIZADOR: EPIDEMIOLOGIA	FECHA:18/03/2022	Virtual __ Presen.__X
LUGAR O SITIO DE REUNIÓN:	HORA INICIO: 09 :00 AM	HORA FINAL:11:00 AM

PARTICIPANTES				
NOMBRE	DOC. IDENTIDAD	CARGO	DEPENDENCIA	FIRMA
1. Dr. ERIK DELGADO	CC	EPIDEMIOLOGO COOR AREA DE EPIDEMIOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA	
2. MEICY LUZ TAMAYO MIRANDA	CC 45515276	ENFERMERA EPIDEMIOLOGA		
3. CLAUDIA LEIZABETH HERRERA	CC 52270619	MAGISTER EN SALUD PUBLICA		

Se da inicio a la unidad de análisis de casos sin muestras y ajustes encontrando:

1. Cuarenta y nueve (49) eventos que fueron notificados con la codificación de una UPGD que no corresponde a la actual para el hospital militar; en su momento fue notificada a John Edward técnico de sistemas de sivigila quien inactivo en el aplicativo este código, por lo que ahora no es posible realizar el ajuste correspondiente. En cuadro adjunto relaciono por mes la cantidad de eventos que existen.

COMITÉ	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
HISTORIA CLINICA Resolución 1182 del 2011	Actas sin firmas, no se evidencia un desarrollo de la misma, formato no codificado y las actas No legibles	

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
ÁREA GESTION DE CALIDAD
COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS
TEMA: Comite Historias Clinicas
HOJA: GRUPO O AREA:
FECHA: 14/01/2022 HORA INICIO: 2:00pm HORA FINAL:
des
ACTA Nº

PARTICIPANTES		
NOMBRE	CARGO - ÁREA	FIRMA
1. Carlos Alfredo Ovar	Juridica	
2. Claudia Ramirez.	Planeacion	
3. Paola Cheolinda Silva.	Enfermería	
4. Eduardo Pedraza.	Unidad Medica	
5. Fredy Alvarado.	Informatica	
6. Guillermo Vega.	Unidad de Apoyo	
7. Jessei Rincon Fuentes	Atención Al Usuario.	
8. Jhon Alexander Gaitan	Educación Medica.	
Juan Fernando Palomino	Unidad Quirurgica.	
Jose Fernando Nieto	Educación Medica.	
Martha Eny Ariza.	Facturación	
Mary Ruth Falcon.	Juridica	
Miguel Angel Torre.	Calidad.	
Pilar Duque.		

Tema.
1. Roles y Perfiles en la Aplicación Dinamico Gerencial
2. Tramite en linea (Entrega de Historia Clinica)
3. Propuestas o Varios

COMITÉ	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
		1) Resolución Lideres ( ) Proveedor: Mensaje SIAC. Premisas: Usuario de Farmacia: - Controles. - Procedimientos. - Formulación. - Afectación. En la formulación en la descripción de un producto. - Riesgo en la HC. Fase 1 - Campo Obligatorio. // Correo Electrónico - Lo todos los usuarios a Formuladores - Usuarios sin tener correo. - Parameterizar. y lanzar el procedimiento. - Revisar por parte de control interno. - Inducción con el Fid. del campo. para el ingreso del correo De Ingreso: Comité de Historias. Prueba Piloto. → Campo Obligatorio. // Correo Electrónico. Plazo. → 4 mes / Marzo.
SEGURIDAD PACIENTE **Resolución** 1064 de 2014 y 0556 del 28 de julio de 2020	Resolución no actualizada en la intranet link de comités y resultados	No. NOMBRE COMITE RESOLUCIÓN FECHA DOCUMENTO MODIFICATORIO Y 1 BIOETICA CLÍNICO ASISTENCIAL 1049 2010 Ver Resolución 2 CIENTÍFICO ITERDISCIPLINARIO PARA EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD 1088 26 NOV 2015 Ver Resolución 3 CONVIVENCIA LABORAL 0873 23 JUL 2012 Ver Resolución 4 ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD VIAL 0186 10 ABR 2015 Ver Resolución 5 ETICA EN INVESTIGACIÓN 0545 27 JUN 2014 Ver Resolución 6 FARMACIA Y TERAPÉUTICA 0475 24 MAY 2011 Ver Resolución 7 HISTORIAS CLÍNICAS 1182 09 OCT 2011 Ver Resolución 8 HOSPITALARIO DE GESTIÓN DEL RIESGO 0896 14 SEP 2010 Ver Resolución/Modificatorio 9 INFECCIONES 0264 09 MAR 2012 Ver Resolución 10 LACTANCIA MATERNA 1541 19 DIC 2011 Ver Resolución 11 MORTALIDAD 1153 12 OCT 2011 Ver Resolución 12 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA 1311 25 DIC 2010 Ver Resolución 13 SEGURIDAD DEL PACIENTE 0788 04 SEP 2014 Ver Resolución/Modificatorio

COMITÉ	OBSERVACIÓN	EVIDENCIA
TRANSFUSIONES **Resolución** 1205 DEL 2011	Acta SIN FIRMAS y realización de comités sin cumplir con el Quorum	TEMA: COMITÉ DE TRANSFUSIONES REUNIÓN ÁREA O SERVICIO ORGANIZADOR: BANCO DE SANGRE Y SERVICIO GESTIÓN PRETRANSFUSIONAL FECHA: 02.03.22 Virtual __X__ Presen.___ LUGAR O SITIO DE REUNIÓN: HORA INICIO: 8:00 HORA FINAL: 8:30 PARTICIPANTES NOMBRE / CARGO / DEPENDENCIA / FIRMA 1.Dra Laudith Guzmán / Médico / Calidad 2. Enf. Jefe Karen Cecilia Vergara / Enfermera Jefe / Servicio Enfermería 3. Enf Miriam Avila / Jefe / Jefe Unidad Ambulatoria 4. My Damiana Vergel Hernandez / Jefe Unidad / Apoyo Diagnóstico Y terapéutico Se adjunta listado tomado de TEAMS sobre asistencia Agenda del comité: 1. Verificación del quórum 2. Presentación banco de sangre 3. Varios: a. habilitación b. Control clínico de la Transfusión. Se verifica el quórum y se dan cinco minutos de espera por si se conecta alguno de los invitados y se logra el quorum. No hay Quorum por lo que se decide iniciar el comité con los asistentes. Gloria Neira inicia el comité siendo las 8:05 a.m.
INFECCIONES **Resolución** 264 de 2012	Utilización de formatos sin codificar, no se evidencia si se presentó Quorum	HOSPITAL MILITAR CENTRAL GRUPO GESTION DE CALIDAD INTEGRAL ACTA DE REUNIÓN GSED TEMA: COMITE DE INFECCIONES 2022 HOJA: 1 de GRUPO O AREA: INFECTOLOGIA/EPIDEMIOLOGIA FECHA: 29-07-2022 HORA INICIO: 08:00 AM HORA FINAL: 10:30 AM ACTA No 06 PARTICIPANTES: Se anexa lista de asistencia ZOOM reunión realizada por teleconferencia debido a estado de pandemia COVID 19 y recomendaciones ante limitar las reuniones presenciales. LECTURA Y APROBACION ACTA: Debido a las circunstancias actuales, enmarcadas en el decreto 417 del 22 de marzo de 2020, y demás resoluciones aclaratorias, y debido a la necesidad de centrar todos los esfuerzos institucionales en determinar los lineamientos institucionales frente al Sars Cov 2, y a las recomendaciones emitidas por el Ministerio de Salud y de la Protección social frente a la pandemia por COVID 19, se limita reuniones presenciales, El acta del comité del mes anterior, donde se dio análisis de las IAAS presentadas en el mes anterior, se envía por correo electrónico para lectura y observaciones de los participantes de dicha reunión; se solicita al comité en pleno si se tiene alguna recomendación o aclaración al acta. Al no tener ninguna otra recomendación o aclaración al acta, esta se aprueba.

Fuente: documentos suministrados por el Área de Calidad

CRITERIO: Resolución 035 del 28 de enero/22, por medio de la cual se establece la organización de los Servicios y Áreas adscritas a las dependencias del Hospital Militar Central, y se dictan otras disposiciones", son funciones del Área de Gestión de Calidad de la Oficina Asesora de Planeación, las siguientes:

1. ***Administrar la documentación del Sistema Integrado de Calidad SIC- relacionada con los procesos de calidad y los marcos legales que le apliquen.***

2. Diseñar, desarrollar y aplicar herramientas de evaluación de calidad que permitan establecer el nivel de cumplimiento de los estándares, la identificación de la calidad esperada y el diseño de acciones

de mejoramiento con los diferentes procesos, presentado resultados que permitan tomar acciones para el mejoramiento continuo de la Entidad.

3. Establecer y aplicar la metodología que permita la identificación y tratamiento del servicio no conforme, eventos adversos e incidentes que se puedan presentar en el desarrollo de los procesos de la entidad promoviendo la generación de medidas de corrección, acciones correctivas y /o preventivas.

4. Fomentar la cultura de cambio teniendo como base la evaluación del entorno, las necesidades de los usuarios y sus familias y el cumplimiento de atributos de accesibilidad y oportunidad.

5. Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

CAUSA: Debilidades en el seguimiento de la documentación del Sistema Integrado de Calidad relacionada con el cumplimiento de las resoluciones emitidas por el Hospital Militar Central en la relación a marcos legales que le aplican.

CONSECUENCIA: Posibles incumplimientos en el desarrollo de los comités asistenciales.

HALALZGO N°5: La Oficina de Control Interno evidenció que la Oficina Asesora de Planeación- Área de Gestión de Calidad debe fortalecer el seguimiento a la operatividad y funcionamiento de los Comités de carácter asistencial en cumplimiento a las Resoluciones emitidas por el Hospital Militar Central en la relación a los marcos legales que le aplican.

8. CONCLUSION

Producto de la evaluación al Sistema de Control Interno del Proceso Planeación, específicamente lo correspondiente al Área de Calidad, se evidenció que el Área presenta avances significativos en la proporción de actualización de documentos que componen el SIG, no obstante, es importante fortalecer los aspectos mencionados en el informe, los cuales pueden impactar en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

N° Hallazgos	N° Observaciones	N° Recomendaciones
5	**2**	**1**

9. RECOMEDACIONES

- Establecer y aplicar puntos de control de verificación documental en el Procedimiento: control de información documentada, código PL-CLDD-PR-01, frente a las fechas de emisión y aprobación de documentos, codificación, nombres de los procesos de acuerdo con el Mapa de Procesos vigente, firmas, documentos relacionados en el listado maestro de documentos vrs los publicados en la Intranet, visualización de documentos.

- Estructurar el Sistema de Gestión de Calidad por Procesos, mostrando gráficamente la interacción los 15 procesos con la Dirección General, Subdirecciones y oficinas, dando cumplimiento al numeral 6.4.3.1 "Enfoque basado en procesos" del Manual de Calidad, Código PL-CLDD-MN-01.

- Adelantar las acciones pertinentes para incluir en el rediseño organizacional, lo establecido en el artículo 2.2.35.4 del Decreto 415 del 07 de marzo de 2016-MINTIC, estructurando en el organigrama del HOMIL, la dependencia encargada del manejo de las tecnologías y sistemas de información a nivel estratégico, dependiendo de la Dirección General, tal como se evidencia en el Mapa de Procesos de la Entidad. (Proceso Estratégico "Tecnologías de la Información")

- Realizar el cargue de información y documentación faltante de los contratos relacionados en el cuadro anterior, en la plataforma SECOP II-Ejecución del contrato-Plan de Pagos.

- Establecer y aplicar controles efectivos frente a la verificación del estado de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, garantizando su actualización, disponibilidad y uso.

- Fortalecer acciones de contingencia con Áreas y Servicios de acuerdo con los resultados de la verificación de estándares de habilitación, que les permitan avanzar en el cumplimiento de los estándares de habilitación.

- Fortalecer análisis de causas y formulación de acciones de los planes de mejoramiento de acreditación con el fin de subsanar las situaciones identificadas.

- Fortalecer el seguimiento a la operatividad y funcionamiento de los Comités asistenciales en cumplimiento a las Resoluciones emitidas por el Hospital Militar Central en la relación a los marcos legales que le aplican.

De acuerdo con lo anterior, formular plan de mejora de acuerdo a las recomendaciones enunciadas en cada título del presente informe y enviar al correo electrónico controlinterno@homil.gov.co dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la entrega del presente informe.

Cordialmente,

Liliana María Duarte Suarez -Profesional de Defensa

Diana Marcela Yepes P.-Ing. Industrial- OPS