



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 1 de  
14

El Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado de Chaparral Tolima, mediante el presente informe evaluativo da a conocer los avances y dificultades de la gestión de la Institución, con fundamento en las disposiciones contenidas en el Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011, bajo la orientación de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno –“MECI-2014”. Decreto 943 de 2014.

Los resultados descritos corresponden al resultado del avance en la implementación durante los meses de Septiembre a Diciembre de 2016, así:

**MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION**

**COMPONENTE DE TALENTO HUMANO**

**ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:** Parámetros de comportamiento que orientan la actuación de los servidores, generando transparencia en la toma de decisiones y propiciando un clima de confianza para el logro de los objetivos de la entidad y los fines del estado.

El Hospital San Juan Bautista en continuidad con los procesos de inducción y re inducción a los servidores de la entidad ha realizado sensibilización para que los mismos identifiquen la aplicación de conductas éticas deseables, que permitan al Hospital potenciar cambios significativos en concordancia con su direccionamiento estratégico.

El área de Talento Humano encargada de realizar el direccionamiento del Plan Institucional de Capacitación “PIC” en concordancia con los líderes de cada proceso, establecido los planes de capacitación que fueron desarrollados por los servidores públicos, permitiendo a la vez que el personal que labora en la institución obtenga conocimiento y sea mas competente para el desarrollo de las actividades que se requieren para el cumplimiento de las metas trazadas. La Oficina de Control Interno, participo en dichos procesos de inducción y re inducción, capacitando sobre el marco constitucional y legal del control Interno conforme lo establecido en el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 emitida por Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”, y el Plan Anticorrupcion y atención al ciudadano.

Se realizó el seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano evidenciando cumplimiento de los compromisos pactadas en aras de reducir o mitigar los riesgos, facilitar los trámites a los usuarios, fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y el proceso de atención al ciudadano.

En diciembre se llevó a cabo una integración donde se desarrolló una dinámica para socializar los principios y valores institucionales, contando con la participación de mas del 80% del personal vinculado a la institución.

**DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:** Elemento de control que busca medir el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad de los servidores públicos a través de las políticas y prácticas de gestión humana incorporando principios de justicia, equidad y transparencia al momento de la selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del estado.

Se estableció el plan institucional de formación y capacitación “PIC” con el fin de satisfacer las necesidades cualitativas y cuantitativas de formación y capacitación del recurso humano del Hospital



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 2 de  
14

San Juan Bautista E.S.E., de acuerdo a los requerimientos de habilitación contenidas en la resolución 2003 de 2014, con énfasis en la implementación del sistema único de Acreditación y los procesos prioritarios del Sistema Único de Habilitación (Seguridad de Pacientes) necesidades que fueron plasmadas en un cronograma de actividades que fueron desarrolladas satisfactoriamente durante la presente vigencia.

**COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

**PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS:** Proceso dinámico y sistemático, que le permite a la Institución proyectar a largo, mediano y corto plazo, los planes, programas y proyectos necesarios para el cumplimiento y ejecución de la misión, visión y objetivos institucionales.

El Hospital San Juan Bautista E.S.E. de Chaparral Tolima, termino la adecuación del proyecto de la planta de gases medicinales, los cuales se encuentra en espera de la certificación de las buenas prácticas de manufactura por parte del INVIMA, e iniciar la utilización.

Se continuo con el desarrollo del proyecto del estudio de diseño para la construcción de una infraestructura nueva para el hospital, siendo aprobado en el PLAN BIENAL DE INVERSION EN SALUD, por valor de \$33.000.000.000, que cumpla con los estándares y criterios de habilitación, en:

- Infraestructura
- Talento Humano
- Dotación
- Medicamentos, dispositivos médicos e insumos
- Procesos prioritarios
- Historia clínica y registros
- Interdependencia

También se presentaron otros proyectos al PLAN BIENAL DE INVERSION EN SALUD, siendo aprobado y gestionado los recursos en la presente vigencia para la dotación de equipos en la atención integral en salud a niños y niñas en la ESE Hospital San Juan Bautista por valor de \$481.088.000.

Se logró la cofinanciación del Ministerio de Salud, para la adquisición de ambulancia TAB, por valor de \$120 millones de pesos y se solicitó cofinanciación a la Secretaria de Salud del Tolima. Proyectamos hacer la compra el primer trimestre 2017.

- Adecuación del servicio farmacéutico, sigue en proyecto para el 2017
- Cuidados intensivos neonatal, sigue en proyecto para el 2017
- Dotación del servicio de obstetricia, tanto ambulatorio, hospitalización y de cirugía ya que hospital en la Red Servicios del Departamento quedó como IPS MATERNO INFANTIL, sigue en proyecto para la vigencia 2017.

Se adoptó mediante resolución No.455 del 1 de Junio de 2016, el Plan de desarrollo, acción y productividad de las vigencias 2016 – 2019, Este plan se proyectó en coherencia con el PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL "SOLUCIONES QUE TRANSFORMAN" y el PLAN DESARROLLO MUNICIPAL "CHAPARRAL CUNA DE PAZ Y PROGRESO".

Se continua con el desarrollo de los siguientes programas, en cumplimiento al sistema obligatorio



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 3 de  
14

de garantía de la calidad “SOGC” como:

- ESTANDAR DE HABILITACION, en cumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas para la prestación de servicios de salud, en talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia.
- PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD “PAMEC”, en cumplimiento a la circular externa número 000012 del 4 de agosto de 2016, de la superintendencia nacional de salud.
- SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD, se dio cumplimiento al reporte de indicadores de gestión de acuerdo a las resoluciones 256, 4505, 743.
- SISTEMA UNICO DE ACREDITACION, La alta dirección inicio la implementación del sistema único de acreditación, donde se está llevando a cabo capacitaciones y la autoevaluación de los estándares de gerencia, direccionamiento y mejoramiento continuo, estándares de gerencia de la información, talento humano, tecnología, ambiente físico y asistenciales.

Se continuo con la ejecución de programas específicos de protección específica y detección temprana, en cuanto a:

- Atención al parto, recién nacido, crecimiento y desarrollo, atención al joven, adulto, salud visual, vacunación pai, salud oral, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, control del embarazo, detección temprana de cáncer, de maltrato al menor y la mujer, atención de enfermedades de interés en salud pública, vigilancia epidemiológica, referencia y contra referencia y eventos centinela.
- Programa de seguridad del paciente y humanización en los servicios de salud

**MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:** El Hospital San Juan Bautista en cumplimiento al Decreto 1537 del 2001 y 1599 de 2005, ha elaborado, adoptado e implementado manuales que documentan y formalizan los procesos y procedimientos. Así mismo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP1000:2009 contempla como uno de los principios de la Gestión de la Calidad que “un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso”.

El Hospital San Juan Bautista estructuro su manual de procesos y procedimientos, en : Procesos de Direccionamiento Estratégico, Proceso Misionales o Asistenciales, Procesos de Apoyo y Procesos de Evaluación y Control, denominada MAPA DE PROCESOS, donde convergen sus interacciones, generando una cadena de valor que busca satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios.

El manual de procesos y procedimientos contiene las guías, protocolos y manuales de manejo de las principales causas de morbilidad institucional, y lineamientos necesarios para el desarrollo de su direccionamiento estratégico, misional de apoyo y evaluación y control.

La institución se encuentra actualizando el manual de procesos y procedimientos, de acuerdo a los procesos de buenas prácticas de manufacturas “BPM” requeridos por el invima para la puesta en marcha la planta de oxígeno.



## HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016

Página 4 de  
14

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:** Con el fin de estructurar de manera integral y articuladamente los cargos, sus relaciones, y los niveles de responsabilidad y autoridad, el Hospital San Juan Bautista E.S.E. continúa con la misma representación gráfica que muestra la jerarquía e interrelación de las distintas áreas que la componen.

**INDICADORES DE GESTION:** Un indicador de gestión es la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de una entidad, comparados con los rangos máximos y mínimos de gestión establecidos para mantener al indicador en condiciones de control y que faciliten el uso de alertas.

El Hospital San Juan Bautista Empresa Social del Estado, efectuó el seguimiento y reporte de los indicadores de gestión en cuanto a: El cumplimiento a la circular 0009 del 29 de abril de 2015, medición mensual de los indicadores asistenciales y de dirección contenidos en la resolución 743 de 2013; Indicadores del Sistema de Gestión de Hospitales Públicos de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de Protección Social de Colombia (Decreto 2193 de 2004); Circular conjunta 000030 de 2013 minproteccion social; Reporte de indicadores de alerta temprana (Circular 056 de 2009 de supersalud); Resolución 1552 de 2013, asignación de citas de medicina general u odontología general y medicina especializada, resolución 4505 del 28 de Diciembre de 2012, por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana (PEDT) y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública. Resolución 256 de 5 de Febrero de 2016, del Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS, que estableció los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.

La Superintendencia Nacional de Salud expidió Circular Externa 0012 de 2016 por la cual imparte instrucciones a los vigilados para monitorear el cumplimiento de las obligaciones generadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SOGCS, modificando para el efecto la Circular Externa número 047 de 2007, lo anterior, en cumplimiento al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, “ artículos 2.5.1.1.1. y subsiguientes, “ el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud-SOGCS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos componentes según lo establecido por el artículo 2.5.1.2.2. de dicho decreto, está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema único de Acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia”.

Ahora bien, teniendo en cuenta que en la interrelación entre los componentes del SOGCS, se incorporan instrucciones en relación con el reporte del PAMEC, así:

2.3. Modifíquese el numeral 1.2 del capítulo primero del título IV. El nuevo texto es el siguiente:

"1.2. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)



## HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016

Página 5 de  
14

A través de la presente Circular, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, para que suministren información con el objeto de evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, herramienta que se prioriza para evaluación por el ente de control, precisamente por influir transversalmente en el desarrollo de los cuatro (4) componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad en Salud SOGC, cuyo seguimiento contribuye a evaluar la mejora del sistema.

Esta herramienta de mejoramiento adecuadamente aplicada permitirá alcanzar, cada vez más, estándares superiores de calidad, propendiendo así por la efectividad de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

En miras de dar cumplimiento a la anterior circular, la alta dirección, conforme un equipo multidisciplinario por funcionarios y asesoras externas, liderado por las Doctoras GLORIA OSORIO ROJAS y ADRIANA MURILLO LEAL, quienes están a cargo de realizar la autoevaluación para definir la ruta crítica del Programa de Auditoria de Mejoramiento Continuo "PAMEC 2017" La cual se debe presentar informes semestralmente a la Supersalud a más tardar el 28 de Febrero de 2017.

**POLITICAS DE OPERACIÓN:** El Hospital San Juan Bautista ha construido políticas de operación por considerar que son marcos de acción necesarios para hacer eficiente la operación a nivel de Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y la Información y Comunicación.

Se realizó la actualización de los documentos que hacen parte de los procesos del área asistencial. Y en el área administrativa se está actualizando los procesos de gestión del recurso humano, sistemas de información y comunicación, y en la parte contable se actualizo el software teniendo en cuenta los nuevos requerimientos de información en lo concerniente a la transición al marco normativo de la contabilidad pública, las cuales se ha presentado dificultades para la puesta en marcha.

Se continua con la actualización del listado maestro de documentos y registros

#### COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

**POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:** Es un método lógico y sistemático de establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y comunicar los riesgos asociados con los procesos de una forma que permita a la entidad minimizar perdidas y maximizar oportunidades. Debe contener los siguientes aspectos:

- Los objetivos que se esperan lograr
- Las estrategias para establecer cómo se van a desarrollar a largo, mediano y corto plazo
- Los riesgos que se van a controlar
- Las acciones a desarrollar contemplando el tiempo, los recursos, los responsables y el talento humano requerido.
- El seguimiento y evaluación a su implementación y efectividad

**IDENTIFICACION DEL RIESGO:** Para el manejo del riesgo e identificación del mismo se procedió a actualizar la política de administración de riesgos del Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima, de acuerdo a la metodología y el uso de las herramientas técnicas que fueron suministradas por el DAFP.



## HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016

Página 6 de  
14

La Oficina de Control Interno ha venido realizando acompañamiento y asesoría a los diferentes procesos para que se realicen los ajustes necesarios de manera que el seguimiento a los riesgos sea acorde a los lineamientos del DAFP.

**ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO:** Para adelantar el análisis del riesgo se considera primero la calificación del riesgo a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que pueda causar la materialización del mismo, y segundo a través de la Evaluación del Riesgo que se logra comparando los resultados de la calificación del riesgo con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la entidad al mismo, considerando los riesgos como:

- Riesgos Aceptables
- Riesgos Tolerables
- Riesgos Moderados
- Riesgos Importantes
- Inaceptables

El Hospital San Juan Bautista de Chaparral Tolima, para el análisis y valoración del riesgo, ha implementado una herramienta suministrada por la Dra. Olga Yaneth Aragón Sánchez, representante del Comité Interinstitucional de Control Interno "CICI", es un aplicativo formulado y parametrizado en Microsoft Excel 2010 y consta de un libro en el cual analiza los elementos de la metodología de Administración del Riesgo del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública) contenida en la cartilla N°18 del 2011, así como en la metodología de la Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, la cual establece los criterios de calificación de probabilidad e impacto y las medidas de mitigación con relación a las precitadas guías.

Como plan de mejoramiento para disminuir la incidencia de riesgos en ISO, Caída y Fuga de pacientes, y con el fin de mejorar la calidad en la atención al paciente, la alta dirección, contrato la asesoría de una profesional especialista en sistemas de calidad, quien es la encargada de liderar el programa de seguridad del paciente, mejorando la cultura de reporte de riesgos, incidentes y eventos adversos, los cuales a 31 de Diciembre de 2016 fueron reportados 40 casos, conforme al listado de eventos a reportar y ficha de notificación con reporte en línea, desde el aplicativo para el registro y gestión de eventos adversos de la Organización Panamericana de la Salud, los cuales según el reporte el de mayor incidencia fue el de las Infecciones en Sitio Operatorio "ISO".

Además se dio cumplimiento a la circular 0009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el nombramientos del oficial de cumplimiento y la definición de las políticas de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo "SARLA/FT" y el manual para el manejo institucional del SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT). Las políticas adoptadas deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento del sistema y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de los servidores y proveedores; Reportando información mensualmente a la Unidad de Información y Análisis Financiero "UIAF", cumpliendo las etapas de:

1. Identificación del riesgo LA/FT
2. Evaluación y Medición del riesgo LA/FT



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 7 de  
14

- 3. Controles
- 4. Seguimiento y Monitoreo

**MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO**

**COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION:** Este componente permite evidenciar la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión del hospital verificando la capacidad de cumplimiento de metas y la adopción de acciones correctivas o de mejoramiento para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se realiza revisión al plan operativo anual, con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas programadas por cada una de las 9 unidades funcionales establecidas en el mapa de procesos, así: Urgencias, Consulta Externa, Promoción y Prevención, Hospitalización, Quirófano, Sala de Partos, Apoyo Diagnostico, Apoyo Terapéutico y la Unidad Funcional de Ambulancias.

CENTROS DE COSTOS POR UNIDADES FUNCIONALES	PLAN OPERATIVO 2016		
	ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR CENTROS DE COSTOS VIGENCIA 2016	ACTIVIDADES PRODUCIDAS POR CENTROS DE COSTOS A DICIEMBRE	% CUMPLI MIENTO
<b>URGENCIAS</b>			
CONSULTA MEDICA GENERAL	28.711	31.665	110
PROCEDIMIENTOS	4.272	3.999	94
OBSERVACION	8.123	3.480	43
<b>TOTAL URGENCIAS</b>	<b>41.107</b>	<b>39.144</b>	<b>95</b>
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	-		
CONSULTA MEDICA GENERAL	53.923	53.771	100
CONSULTA PSICOLOGIA	1.585	1.441	91
CONSULTA OPTOMETRIA	3.917	3.109	79



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 8 de  
14

CONSULTORIO DE PROCEDIMIENTOS	1.602	2.846	178
CIRUGIA GENERAL	2.120	2.273	107
CIRUGIA PEDIATRICA	270	220	81
GINECOLOGIA	6.031	6.395	106
MEDICINA INTERNA	4.376	3.763	86
OFTALMOLOGIA	566	368	65
ORTOPEDIA	3.443	3.915	114
PEDIATRIA	3.522	3.906	111
ANESTESIOLOGIA	1.093	1.289	118
GASTROENTEROLOGIA	50	54	108
UROLOGIA	136	116	85
TRATAMIENTOS TERMINADOS ODONT	8.661	8.122	94
ACTIVIDADES ODONTOLOGO	16.603	17.304	104
<b>TOTAL CONSULTA EXTERNA</b>	<b>107.895</b>	<b>108.892</b>	<b>101</b>
<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>	-		
ACTIVIDADES MEDICO	9.317	8.764	94
ACTIVIDADES ENFERMERA	11.893	12.038	101
CITOLOGIAS	3.445	2.758	80
ODONTOLOGOS E HIGIENISTAS	50.472	44.834	89
VACUNACION	45.435	35.120	77
<b>TOTAL PY P</b>	<b>120.562</b>	<b>103.514</b>	<b>86</b>
<b>HOSPITALIZACION</b>	-		
ESTANCIA CIRUGIA GENERAL	1.485	2.279	154



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 9 de  
14

ESTANCIA GINECOLOGIA	2.970	3.057	103
ESTANCIA MEDICINA INTERNA	5.823	6.280	108
ESTANCIA ORTOPEdia	830	1.858	224
ESTANCIA PEDIATRIA	2.474	2.707	109
<b>TOTAL HOSPITALIZACION</b>	<b>13.580</b>	<b>16.181</b>	<b>119</b>
<b>QUIROFANOS</b>	-		
CIRUGIA GENERAL	1.270	1.593	125
CIRUGIA PEDIATRICA	134	118	88
GINECOLOGIA	1.386	1.472	106
OFTALMOLOGIA	115	83	72
ORTOPEDIA	580	1.520	262
GASTROENTEROLOGIA	14	9	64
UROLOGIA	24	18	75
<b>TOTAL QUIROFANOS</b>	<b>3.522</b>	<b>4.813</b>	<b>137</b>
<b>SALA DE PARTOS</b>	<b>708</b>	<b>849</b>	<b>120</b>
<b>APOYO DIAGNOSTICO</b>	-		
LABORATORIO NIVEL	235.585	239.253	102
RAYOS X	19.064	20.699	109
ECOGRAFIAS	6.478	8.619	133
TOMOGRAFIA- ESCANOGRAFIAS	391	429	110
COLPOSCOPIAS	356	282	79
MAMOGRAFIAS	351	672	192
BIOPSIAS	1.402	1.260	90



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 10 de  
14

ELECTROCARDIOGRAMAS	4.026	4.605	114
MONITOREO FETAL	2.546	3.375	133
TOTAL APOYO DIAGNOSTICO	270.198	279.194	103
<b>APOYO TERAPEUTICO</b>	-		
TERAPIA FISICA	8.387	9.303	111
TERAPIA RESPIRATORIA	2.909	3.001	103
TERAPIA CARDIACA	275	292	106
CRIOTERAPIA	162	124	77
OXIMETRIA	3.620	2.166	60
TRANSFUSION SANGUINEA	585	610	104
FARMACIA (formulas despachadas)	112.097	100.816	90
NEBULIZACIONES	18.793	15.294	81
<b>TOTAL APOYO TERAPEUTICO</b>	<b>146.827</b>	<b>131.606</b>	<b>90</b>
<b>OTROS</b>	-		
AMBULANCIAS	484.151	472.272	98
<b>TOTAL OTROS</b>	<b>484.151</b>	<b>472.272</b>	<b>98</b>
<b>TOTALES UNIDADES FUNCIONAL</b>	<b>1.188.550</b>	<b>1.156.465</b>	<b>97</b>

Se observa que a 31 de Diciembre de 2016 se tiene un cumplimiento del 97% del plan operativo anual, lo que indica que se superó en un 7% la meta prevista fijada por la superintendencia nacional de salud, que era del 90%, es de reconocer que la Unidad funcional que más supero la meta fue cirugía con un aporte del 137%, luego le sigue sala de partos con 120%, hospitalización con 119%. Y la Unidad funcional que no alcanzo la meta prevista fue el programa de promoción y prevención con el 86%.

También se observa que mediante acto administrativo se hizo reconocimiento de las cuentas por cobrar que le adeudan a la Institución a 31 de Diciembre de 2016, por valor de VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS (\$22.259.608.598.80), que comparadas



## HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016

Página 11 de 14

con el año 2015 incrementaron en un 26% al pasar de \$17.638.422.315.27 a \$22.259.608.598.80.

Se evidencio acto administrativo por el reconocimiento de las cuentas por pagar, las cuales a 31 de Diciembre de 2016 ascienden a la suma de SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON TREINTA Y CINCO CENTAVOS (\$7.940.375.977.35), donde comparadas con el año 2015, el saldo de sus obligaciones aumento en un 40%, al pasar de \$5.644.887.526 a \$7.940.375.977.35. Lo que indica que nos encontramos en iliquidez financiera por el no pago de las cuentas por cobrar y la liquidación de empresas importantes para nosotros como Caprecom y Saludcoop, que nos quedaron debiendo aproximadamente más de \$4.500. millones de pesos.

Se realizó autoevaluaciones a procesos misionales de acuerdo a los lineamientos de la resolución No.0002003 de 2014 del Ministerio de salud en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con énfasis en la implementación del sistema único de acreditación con enfoque en humanización y seguridad del paciente.

Se amplió el portafolio de servicios, incluyendo los servicios de consulta especializada de Urología, Urología pediátrica, gastroenterología, Cardiología Diagnostica.

#### COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

**AUDITORIA INTERNA:** Proceso sistemático que ha permitido a la entidad hallar desviaciones en sus procesos y mejorar la eficacia de los mismos en el cumplimiento de las metas propuestas.

En el Hospital San Juan Bautista se realizan auditorías internas y externas a procesos asistenciales, de apoyo y gestión, identificando acciones de mejoramiento en los procesos, en cumplimiento a los condiciones de habilitación resolución 2003 de 2014 y decreto 943 de 2014 y demás normatividad vigente. A partir de Junio de 2016, se inicia acompañamiento y asesoría en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con Énfasis en el Sistema Único de Acreditación y Procesos Prioritarios del Sistema Único de Habilitación y Seguridad del Paciente, obteniendo una calificación cuantitativa final 1.19 en de la autoevaluación de estándares para el año 2016.

La institución se fortalece con las auditorías externas que durante la presente vigencia han realizado las empresas promotoras de servicios de salud “EPSS” como: Secretaria de Salud del Tolima, Ecoopsos, Cafesalud, Pijaos salud, Salud vida, Meintegral y Assalud, donde nos evalúan aspectos como el cumplimiento en estándares de habilitación, capacidad instalada y suficiencia de red, evaluación de calidad, sistemas de información al usuario y el seguimiento a planes de mejoramiento, así:

- El cumplimiento de estándares de calidad para la prestación de servicios en salud, evaluando los indicadores que aplica y las características de calidad y alertar sobre las desviaciones y/o no conformidades de los procesos críticos de atención asistenciales y administrativos, con el fin de generar acciones correctivas y/o preventivas, siendo esta una herramienta del mejoramiento continuo dentro de los procesos.
- En cumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas para la prestación de servicios de salud, en talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos



## HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.

### INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO – LEY 1474 DE 2011

PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016

Página 12 de 14

médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, interdependencia.

- Seguimiento a los sistemas de información, suficiencia de red – capacidad instalada y la ejecución de programas específicos de protección específica y detección temprana, en cuanto a: Atención al parto, recién nacido, crecimiento y desarrollo, atención al joven, adulto, salud visual, vacunación pai, salud oral, planificación familiar, salud sexual y reproductiva, control del embarazo, detección temprana de cáncer, de maltrato al menor y la mujer, atención de enfermedades de interés en salud pública, vigilancia epidemiológica, referencia y contra referencia y eventos adversos y programa de seguridad del paciente y riesgos.

El Hospital San Juan Bautista, aplica encuestas para monitorear la satisfacción del usuario por los diferentes servicios, los cuales ha reflejado aumento en el 7% de satisfacción del usuario al comparar el semestre de Julio a Diciembre de 2016 con el mismo periodo del año 2015, superando la meta prevista del 80%, así:

UNIDAD FUNCIONAL	JULIO A DICIEMBRE 2016	JULIO A DICIEMBRE 2015
Hospitalización	86%	80%
Consulta Externa	89%	79%
Urgencias	84%	78%
Farmacia	86%	71%
Rayos X	85%	80%
Odontología	90%	76%
Optometría	89%	84%
Laboratorio	73%	
Total satisfacción promedio	85%	78%

Los servicios que más mejoraron la satisfacción fue farmacia al incrementar 15% de satisfacción, luego odontología en un 14%, consulta externa en un 10%, hospitalización y urgencias en un 6%, lo que indica que los planes de mejoramiento propuestos y los acompañamientos personales de cara al usuario que se realiza por los diferentes servicios son prácticos para resolver las inquietudes o insatisfacciones de los usuarios en momentos reales.

Como resultado de las auditorias se ha determinado el incumplimiento de algunos estándares de habilitación en cuanto a infraestructura, de medicamentos y dispositivos médicos, historia clínica y registros, procesos prioritarios y seguridad del paciente y riesgos.

#### COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORAMIENTO: Instrumento que recoge y articula todas las acciones prioritarias necesarias para el logro de los objetivos de la institución; Los planes de mejoramiento institucional fortalecen los procesos como a los servidores y la misma institución.

El Hospital San Juan Bautista en cumplimiento a la circular 00012 del 4 de Agosto de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud, donde imparte instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la calidad, inicio los ajuste al PAMEC 2016, se continuo con el cierre del Pamec 2016, se terminaron las autoevaluaciones de los estándares de ambiente físico, talento humano, gestión de



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**  
**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL**  
**INTERNO – LEY 1474 DE 2011**  
**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 13 de  
14

tecnología, mejoramiento continuo, direccionamiento y gerencia, se continuo con la evaluación de los estándares asistenciales.

Se observó, mediante acta No.021, la calificación cuantitativa final de la autoevaluación de estándares para el 2016, como se muestra en la siguiente tabla:

GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACION 2016	CALIFICACION TOTAL	PUNTAJE
ASISTENCIAL			
Cliente Asistencial	1.4	0.43	43
Mejoramiento de la calidad	1.11	0.11	11
APOYO			
Direccionamiento	1.2	0.13	13
Gerencia	1.1	0.06	6
Gerencia del Talento Humano	1.3	0.14	14
Gerencia del Ambiente Físico	1.3	0.083	8.3
Gestión de la Tecnología	1	0.05	5
Gerencia de la Información	1.13	0.083	8.3
Mejoramiento de la Calidad	1.11	0.11	11
TOTAL		1.19	119.6

**EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

**INFORMACION Y COMUNICACIÓN EXTERNA:** Datos que provienen o son generados por usuario externo. En el Hospital San Juan Bautista, la información y comunicación externa es recibida en la entrada del Hospital en la Oficina de Información y Atención al Usuario “SIAU”, la cual es radicada y controlada a través de un libro de 200 columnas, donde se radica por consecutivo, fecha y asunto, para luego ser entregada a la dependencias correspondiente; y como mecanismo de contacto con la ciudadanía, el Hospital cuenta con la página web de cuya dirección es [WWW.hospitalsanjuanbautista.gov.co](http://WWW.hospitalsanjuanbautista.gov.co),

**INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA:** Datos que son generados al interior de la entidad; Su registro y/o divulgación oportuna se efectúa a través de cada dependencia y a través de la intranet, página interna denominada MIHOSPITAL y el spark.

**AVANCES EN LA IMPLEMENTACION**

El Hospital San Juan Bautista para la implementación del modelo estándar de control interno “MECI 2014” ha tenido en cuenta las directrices emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, a través del manual técnico, en cuanto al desarrollo del Sistema de Control Interno a través de una estructura que está compuesta por dos módulos, seis componentes, trece elementos y un eje transversal de información y comunicación, los cuales según el resultado de la encuesta de calificación se obtuvo para el año 2015 alcance un nivel de madurez satisfactorio de 66.02 , de los



**HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA E.**

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL  
INTERNO – LEY 1474 DE 2011**

**PERIODO EVALUADO DE SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2016**

Página 14 de  
14

cuales se espera que a 31 de Diciembre de 2016 se alcance un nivel de madurez satisfactorio que incremente en un porcentaje superior a 70 puntos en cuanto a la implementación de los factores de Entorno, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento.

A 31 de Diciembre de 2016, se documentaron procesos, manuales, guías y actos administrativos necesarios para dejar plasmada la gestión documental en cuanto al módulo de control de planeación y gestión. En cuanto al módulo de control de evaluación y seguimiento se están desarrollaron actividades de autoevaluación institucional en cumplimiento al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, con énfasis en la implementación del sistema único de acreditación con enfoque en humanización y seguridad del paciente. El eje trasversal de información y comunicación se encuentra en etapa de actualización del componente físico (hardware) y el componente de información y de conocimientos (Software) de acuerdo a las necesidades de los nuevos estándares de contabilidad pública.

**DIFICULTADES**

En el despliegue del programa de inducción a todo el personal que ingresa a la institución.  
En establecer un manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.  
La falta de evaluación de desempeño del personal supernumerario por la carencia del manual de funciones y competencias.  
Se requiere mejorar la cultura del autocontrol de los servidores para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y aplicar las acciones correctivas necesarias.  
Para el seguimiento y revisión de los indicadores del proceso por parte de cada líder del proceso.  
En el análisis y valoración de los riesgos de los procesos y reporte de eventos adversos por parte de los líderes de procesos.  
Para actualizar las tablas de retención documental y valoración documental, las cuales deben ser revisadas por el archivo general.  
La falta de liquidez financiera para el cumplimiento de los compromisos contractuales con los proveedores, servidores y contratistas, las cuales afectan en el logro de las metas y proyectos propuestos.

ARCELIA PERALTA CARDOZO  
Control Interno