

Reunión:	Comité de coordinación de control interno	Acta N°	3
Responsable:	Gerente	Fecha:	9 de Agosto de 2023
Lugar	Sala de juntas	Hora inicio:	10:00 am
		Hora fin:	12:30 pm

ORDEN DEL DÍA

- 1 Verificación del quórum y aprobación del acta anterior
- 2 Informes
- 3 Seguimiento a indicadores de gestión
- 4 Propositiones y varios

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

- 1 Verificación del quórum y aprobación del acta anterior

Se da inicio al comité a las 10:00 am con 5 participantes y 3 invitados. Se aprueba el acta anterior

- 2 Informes

Gerencia

El Gerente informa que se está revisando un convenio para construir el hemocentro del oriente con la empresa Lifefactor, se revisó el espacio encima de las urgencias de la sede Gilberto Mejía para la construcción, se pagaría con plasma, el cual se desecha en gran cantidad por vencimiento para uso transfusional. Se van a revisar las condiciones del negocio. Agradece a los líderes por la buena disposición para la implementación del nuevo software, el cual ha requerido un gran esfuerzo de actividades y de tiempo por parte de todo el personal.

Subgerencia Científica.

Se han tenido inconvenientes con el personal de anestesiología, por deficiencia adicional a los de clima laboral, las quejas por el reconocimiento económico y la oportunidad de pago, el valor fue acordado en el contrato y la oportunidad de pago no cree que sea la ajustada según lo pactado.

Se han revisado los requerimientos de talento humano según habilitación, el cual pedía 4

enfermeras por turno, se tomó la decisión de cerrar cuidado básico neonatal teniendo en cuenta la baja ocupación, es decir que se requieren tres jefes por turno, la dificultad es en la noche, de igual forma el profesional de pediatría que se requiere disponibilidad en hospitalización y urgencias para la noche.

Se está fortaleciendo la contratación con las nuevas aseguradoras como nueva y coosalud, para realizar trámite interno, para lo cual se requieren celulares adicionales. Se tiene una fecha de terminación en septiembre del contrato con Prosalud con el contrato de PIC y general asistencial.

Subgerencia administrativa y financiera.

Se revisó el proyecto de resonador, las subgerencias se reunieron y no se ha definido si el resonador actual debe venderse, cuando aún es útil con unas restricciones. Si se deja el resonador y no se usa y hace mantenimiento podemos incurrir en sanciones. Se decide realizar el mantenimiento y una vez sea una realidad el tema de resonador nuevo se define que hacer con el actual. Se va a estudiar la propuesta de tener un resonador en un negocio conjunto con un privado, en una proporción 20/80 sobre la facturación después de los costos operativos, se revisará cada requerimiento del negocio.

Talento humano.

Se realizará el viernes 11 a las 2pm Mi gerente escucha, para temas del software, compromiso del personal planta, se han identificado actitudes como que se gestionó con la ARL los exámenes periódicos teniendo un ahorro, una persona no quiso realizárselo, en la votación para el comité de convivencia que anularon la votación intencionalmente.

Se están gestionando la semana de la salud en septiembre, se impulsarán los emprendimientos de los trabajadores, reconocimiento de talentos, capacitaciones al personal. Para dicha semana se revisará la posibilidad de la family box, realizando un sondeo con los proveedores dada la situación financiera. Se tiene un 48.3 de cumplimiento del cronograma de capacitaciones. Se tienen 18 convenios docencia servicio vigente. Se requiere aplicar batería de riesgo psicosocial este año, por norma y por plan operativo, se estiman 16 millones.

Tesorería.

Se tuvo \$4.400 millones de recaudo correspondiente a julio, si no continúan recaudos de más de 5500 no se van a poder cubrir las obligaciones en dos o tres meses. Se deben tomar medidas con Savia dado que no están cumpliendo con los pagos, se debe disminuir los servicios a este asegurador.

Sede G.M.M.

La producción disminuyó en 1.6, especialmente en p y p y laboratorios, en optometría aumentó 9.9%, en especialidades aumento 27.8 en psicología, medicina interna especialmente, con coosalud se han prestado 178 atenciones. Con mercy corp se ha n ejecutado 104 millones, rentabilidad 10% según informe de costos. Con savia tenemos el indicador de diabéticos controlados dentro de la meta.

Calidad

Este mes se deben reportar los siguientes archivos:

- Renovación Res. medicamentos control - 1 agosto - Farmacia
- Sia Contraloría Mensual - F14 - 3 agosto - Administración
- indicadores EPS - 5 agosto - Estadística
- Atenciones telemedicina - 5 agosto - Coord. Ambulatorios
- Cambios en bases de datos - 10 agosto - Líder sistemas
- Atenciones gestantes - 10 agosto - Estadística
- Sarlaft - 10 agosto - Líder Administración
- Reporte reclamaciones - 15 agosto - Líder sistemas
- Proyectos Pisis - 15 agosto - Calidad
- Actualización datos generales - 20 agosto - Calidad
- FT025 - 20 agosto - Facturación
- FT018 - 20 agosto - Presupuesto
- Pacientes hospitalizados - 30 agosto - Estadística
- Sia Contraloría - 30 agosto - Ambiental
- Autoevaluación reps - 30 agosto - Calidad

Seguimiento plan de trabajo MIPG: Se tienen programadas 60 actividades en el plan de trabajo anual, en el momento se tienen 28 cumplidas, 13 con retraso, 11 en curso. Ver Informe Calidad II Trimestre.

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

- Laboratorio y toma de muestras, se tiene un cumplimiento de 27 requerimientos frente a 42 criterios específicos que le aplican lo cual corresponde a un cumplimiento de 62%. Para el servicio de toma de muestra se tiene 14 de 24 que le aplican para un cumplimiento del 58%. Ver cumplimiento por estándar.
- Servicio pre-transfusional, se tiene un cumplimiento de 29 frente a 40 criterios específicos que le aplican al servicio pre transfusional lo cual corresponde a un cumplimiento de 72.5%. Ver cumplimiento por estándar.

Se han realizado los planes de mejora frente a los informes realizados obteniendo los siguientes avances:

Cumplimiento Plan operativo: Con corte a junio se programaron 59 actividades, se le dio

cumplimiento a 43 (81%). Frente al cumplimiento total del plan se encuentra en un 22%. Ver Informe Calidad II Trimestre.

Control interno

A mes se debe presentar informe de seguimiento al comité de conciliación, seguimiento al ITA se

debe reportar en procuraduría, seguimiento al Sigep II.

Se informa sobre los avances y seguimiento a las auditorías internas en especial:

Auditoria inventario y proceso de la ropa (cobijas)

Se realizó auditoria al proceso de inventario de ropería específicamente de las cobijas, se generó el informe y se envió a la subgerencia administrativa y financiera. Se concluye que faltan puntos de control. Se evidencia un poco más de control en la sede GMM. Hay más de 50 cobijas perdidas. No hay doliente del control de la ropa, no hay conteo por unidad, se realiza solo por peso para el tema de cobro de la lavada, la calidad de las cobijas actuales no es la mejor, son muy delgadas poco calientan. No se realiza entrega y recibo de los implementos de la habitación por parte de los acompañantes.

Se informa que por parte del personal asistencial se tiene un mal manejo de la ropa, tanto de stock y entrega de cantidad a los usuarios, dado que se evidencio entregas hasta de 5 cobijas para que el acompañante se acueste. También se tienen que realizar controles cuando se le da de alta a los usuarios y en el manejo de las ambulancias. Se requiere comprar cobijas de color diferente para las ambulancias y que sean parte del inventario de esta para realizar mayor control. Se debe definir qué ropa (cobijas) se dejan ingresar por parte de los usuarios para evitar que usen las institucionales.

Se realizó auditoria al proceso de las ambulancias y del SEM

Se debe generar planes de mejora y revisar el tema de las dos ambulancias las cuales se mantienen varadas y han generado muchos costos en sus reparaciones, si sería mejor venderlas ya que estas pueden constituirse en un detrimento patrimonial, en el informe se proponen algunas acciones como tener un coordinador de ambulancias en general, tener pólizas para los conductores, hacer seguimiento a los siniestros por parte del hospital y del contratista ya que no se ha tenido control sobre estos incidentes o accidentes por parte de los conductores no informan, por lo cual han tenido que utilizar las ambulancias viejas, las cuales se pensaban dar de baja.

3	Seguimiento indicador de gestión.
---	-----------------------------------

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

12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica para Hemorragias del III trimestre o trastornos hipertensivos gestantes: Se han auditado 63 historias, todas con adherencia por encima del 80%. Calificación: 5
 13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida: Se han auditado 95 historias, 92 con adherencia por encima del 80%, para un cumplimiento del 96%. Calificación: 5
 14. Oportunidad en la realización de apendicetomía: Se han auditado 145 historias, 129 con oportunidad para la realización del procedimiento, es decir un 88%. Calificación: 3
 15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco- aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual: No se han presentado. Calificación: 5
 16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso del infarto Agudo de miocardio (IAM): Se han auditado 24 historias, 21 con oportunidad para el diagnóstico, para un cumplimiento del 87%. Calificación: 3
 17. Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria: Se han analizado todas las mortalidades. Calificación: 5
 18. Oportunidad en la atención de consulta de pediatría: 3.7 días para la asignación de cita. Calificación: 5
 19. Oportunidad en la atención gineco-obstétrica: 6.4 días para la asignación de cita. Calificación: 5
 20. Oportunidad en la atención de medicina interna: 1.03 día para la asignación de cita. Calificación: 5
- Con esta calificación al primer trimestre se estima un ponderado de 3.69. para una calificación satisfactoria.

4. PROPOSICIONES Y VARIOS

Revisar delegación de oficial SICOF, Desde el área de Calidad, se construyó el manual del Subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude, se debe realizar la resolución de delegación oficial como lo requiere el manual, se retoma que se debe dejar un área que por conocimiento y funciones pueda realizar la gestión de estos riesgos, toda la metodología se encuentra plantada y con las herramientas implementadas, además se tienen los informes semestrales al día. Se define al tesorero como oficial de cumplimiento para desconcentrar funciones y teniendo en cuenta que se deben empezar a implementar otros subsistemas con enfoque financiero, además dentro del manual los demás miembros tienen funciones que le sirven de alertas al oficial de cumplimiento.

Descripción		Fecha	
Socializar en el comité la política de administración del riesgo (mapa de riesgos)		Segundo semestres	
Nombre	Cargo	Asistió	
Luis Carlos Mejía Quiceno	Gerente	Si	

3. Indicadores de Dirección y Gerencia

1. Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior: No se puede estimar dado que se realiza con la autoevaluación de acreditación del próximo ciclo. Se deja con 0 de calificación.
2. Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud: Se estima un cumplimiento del 90% dado que es un indicador que depende totalmente del seguimiento de las actividades. Calificación: 5
3. Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional: Se genera con las actividades cumplidas a la fecha acorde con las programadas para el primer trimestre, se han cumplido 47 de 49 programadas, es decir un 95%. Calificación: 5

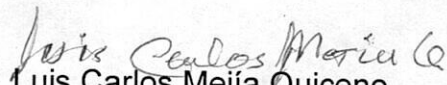
Indicadores de Financiera y administrativa:

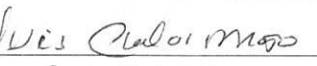
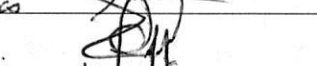
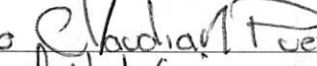
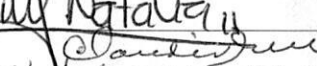
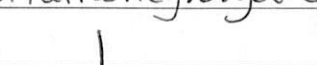
4. Riesgo Fiscal y Financiero: El ministerio genero la Resolución 851 de 2023 Categorizando al hospital en Riesgo bajo. Calificación: No aplica
5. Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida: Se genera con datos a marzo por la auxiliar de presupuesto en 1.12. Calificación: 0
6. Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos: 1. Compras conjuntas. 2. compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado, 3. Compras a través de mecanismos electrónicos: Se genera por el encargado de compras a junio, \$4.106.703.446 en compras por medios electrónicos sobre \$4.519.922.828 para un 90%. Calificación de 5.
7. Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior: En el primer semestre de 2022 se cerró con deuda de \$1.197.288.230 y en este año con \$7.119.720.624, generando una variación positiva. Calificación: 0
8. Utilización de información de Registro individual de prestaciones RIPS: Se estima un cumplimiento de 4 informes dado que se programan en las juntas y se ha venido haciendo control. Calificación: 5
9. Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo: Se genera de la ejecución de ingresos de esta vigencia \$35.743.219.128 y la de la vigencia anterior \$77.524.074.172 para un 0.46. Calificación: 0
10. Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya: Se ha rendido oportunamente. Calificación: 5
11. Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 o la norma que la sustituya: Se ha rendido oportunamente. Calificación: 5

Indicadores de Gestión clínica o asistencial

Patricia Elena Quintero	Sub. Científica	Si
Claudia María Angarita Gómez	Subdirectora Financiera	Si
Ruby Esneda Marín	Jefe de Control Int.	Si
Cyntia Teresa Mogollón Jaimes	Asesora de Calidad	Si
Claudia Marcela Puerta	Coor. Sede GMM	invitado
Natalia Isabel Hoyos Henao	Jefe Talento humano	invitado
Luis Mauro Giraldo Zuluaga	Tesorero	invitado

APROBACIÓN DEL ACTA

 Ruby Esneda Marín L.	 Luis Carlos Mejía Quiceno	A necesidad, octubre-noviembre
Elaboró	Firma del Gerente o Responsable	Fecha Próxima Reunión:

Actividad	reunion ordinaria C.C.I.			Responsable	Comite C. Control Interno	
Fecha	agosto 9/2023	Horario	10 - 12pm	Lugar	Sala Juntas h.s.J.D.	
No	NOMBRE DEL ASISTENTE	DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	CARGO/SERVICIO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA	
1	Ruby E. Alvarado	39186518	C.I	controlinterno@hospitalnionegro.gov.co		
2	Luis CARLOS MESA	3.558984	GERENCIA	luis.mesa@hospitalnionegro.gov.co		
3	Cynthia T. Mogallón J	1.128414044	Asesor Calidad	calidad@hospitalnionegro.gov.co		
4	Patricia Elena Quintana	39438012	Subgerencia Asesoría	subgerencia@hospitalnionegro.gov.co		
5	Mauro Giraldo F.	154380016	Tesorerero	tesoreria@hospitalnionegro.gov.co		
6	Claudia Marcela Puerta	1036926560	Coord. sede GMM	coordinaciongmm@hospitalnionegro.gov.co		
7	Natalia J. Hoyos H.	39419219	Talento Humano	jerethumano@hospitalnionegro.gov.co		
8	Claudia Maria Angarita G	42881990	Subgerencia Admin. Financiera	financiera@hospitalnionegro.gov.co		
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
OBSERVACIONES						