



## **E.S.E HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD**

### **INFORME DE AUDITORÍAS INTERNAS REALIZADAS A TODOS LOS PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LAS UNIDADES FUNCIONALES DEL HOSPITAL**



Sede la Central Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana de Soledad

**JUAN ESTEBAN SANCHEZ PAEZ**

**Gerente**

**Año 2022**



**EQUIPO AUDITOR:**

**AUDITOR LÍDER: DRA YULEINIS SANCHEZ**

**AUDITORES INTERNOS: DRAS MARIAM CANTILLO, SIRLEY PEREZ, YULEINIS SANCHEZ,  
NOHEMI CASTRO**

**PERIODO DE LAS AUDITORIAS: CIERRE AÑO 2021.**

**PERIODO DE SEGUIMIENTO DE LAS AUDITORIAS: SEGUNDO, TERCERO Y CUARTO  
TRIMESTRE 2021.**

**FECHA DEL INFORME: Enero 20-2022**

## 1. INFORMACION GENERAL

**1.1. PROCESOS AUDITADOS:** Consulta externa, Odontología, Urgencias, Hospitalización Obstétrica, Hospitalización, Ginecología, Psicología, Farmacia, Nutrición, SIAU, SST, Fisioterapia, Vacunación, Programa de Maternidad.

**1.2. ALCANCE:** Todos los procesos Estratégicos, Misionales de la ESE DESCRIBIR a los que le aplicaron la auditoría.

**1.3. CRITERIOS:** Normas que se articulan dentro del Sistema de Gestión de la Calidad en todos sus numerales: Decreto 780 de 2016, Res 3100 de 2019, Decreto 1076 de 2015, Res 4445 de 1996, Res 3280 de 2018, Decreto 2200 del 2005, Res 1403 de 2007, Res 1995 de 1990, Res 839 de 2017 (modifica la 1995 de 1999).

**1.4. CONFIABILIDAD DE LA AUDITORIA INTERNA:** La auditoría interna de calidad fue realizada por un equipo auditor de profesionales, certificados en formación de auditoría de calidad- Verificadores de SUH

### 1.5. AUDITORES:

NOMBRE	PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	DIPLOMADOS
YULEINIS SÁNCHEZ DUARTE	Fisioterapeuta	Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud.	Verificadora CES
SIRLEY PÉREZ CARMONA	Enfermera	Gerencia en servicios de salud.	-----
MARIAM CANTILLO MONTERO	Odontóloga	Auditoría de salud	-----
NOHEMÍ CASTRO LÓPEZ	Instrumentadora Quirúrgica	Auditoría de los servicios de salud.	Régimen subsidiado, Docencia de servicio.
DARWIN RACEDO PAREDES	Enfermero	Maestría en Gestión de la calidad.	Promoción y prevención y primera infancia.
YENIS AHUMADA	Fisioterapeuta	Especialista en Seguridad y salud en el trabajo- Magíster en SIG	Auditor de sistemas integrados de gestión- Docencia universitaria.

**1.6 HERRAMIENTAS UTILIZADAS:** Herramienta para autoevaluación de la Res 3100 diseñada, Formato de Inspecciones SST, Listas de chequeo, Imágenes.



## 2. OBJETIVOS:

### **Objetivo General**

Verificar el cumplimiento y conformidad del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad de las Unidades funcionales o procesos de la ESE Hospital Materno Infantil de Soledad.

### **Objetivos Específicos**

- Verificar la estructura y adecuación de la documentación de los procesos del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad de acuerdo con los requisitos a auditar.
- Determinar el estado de cumplimiento de los criterios de los estándares del SOGC
- Identificar oportunidades de mejora del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad y otros Sistemas que se articulan: SST-SGA-SI –TICS
- Evaluar avance de la mejora continua y la adherencia de los coordinadores de sedes, líderes de procesos y en general de la población hospitalaria.

## 3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Dando cumplimiento al plan de auditorías anual del 2021. Anexo 1 se realizaron las siguientes actividades:

- Auditoría interna de autoevaluación del cumplimiento en las condiciones de habilitación en base a la resolución 3100 de 2019 a las sedes.
- Generación de informe de cumplimiento de condiciones de habilitación.
- Socialización de los hallazgos encontrados.
- Generación de consolidación de planes de mejoramiento.
- Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento generados.

### **REUNIÓN DE APERTURA**

Se realizó con el Gerente Dr. Juan Sánchez Páez, Subgerente Científica Betty Pertuz y subgerente administrativa Sandra San Martín, Coordinadores, los líderes de los procesos de la ESE, Dr. Fabián Colpas (talento humano), Francisco Carranza (recursos físicos), equipo biomédico, Gabriel Arias (químico farmacéutico), líderes de los procesos misionales de la institución y con el acompañamiento de las auditoras, y la Dra. Zulma Manotas Jefe de Control Interno, informando acerca del objetivo, alcance, criterios a tener en cuenta para la realización de las auditorías internas de calidad en el 2021 y resolviendo preguntas que surgieron de la misma.

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
INTERNA AÑO 2021  
Grupo Calidad**



**Código:** INF-AUDIN-04

**Fecha:** 20-01-2022

**Página:** 5 de 14

SOCIALIZACIÓN HALLAZGOS DE LA AUTOEVALUACIÓN 3100		
CIUDAD	LUGAR	FECHA DE REUNIÓN
SOLEDAD	SEDE LA CENTRAL	MARZO 12 DE 2021
HORA		No. ACTA
08:30 AM	EXTRAORDINARIA	004-2021
CONVOCA		FORMA DE CONVOCATORIA
GERENCIA		VIRTUAL

ASISTENTES	
Nombre	Cargo /Proceso que lidera
DR. JUAN ESTEBAN SANCHEZ PAEZ	GERENTE
DRA. MARITZA SARMIENTO SANTOS	ASESORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE GESTIÓN
DRA. LUCIBEL ALVAREZ	ASESORA DE SUBGERENCIA CIENTIFICA
NOHEMI CASTRO LOPEZ	LÍDER DE CALIDAD- LIDER PAMEC- AUDITORIA ASIGNADA A SEDE COSTA HERMOSA
MARIBEL PONCE MACHADO	AUDITORA DE CALIDAD-ASIGNADA A SEDE MANUELA BELTRAN
YULEINIS SANCHEZ	AUDITORA DE CALIDAD-ASIGNADA A CIUDADELA METROPOLITANA
SHIRLEY PEREZ CARMONA	AUDITORA DE CALIDAD-ASIGNADA A LA CENTRAL
GLADYS ESCALANTE	AUDITORA DE CALIDAD-ASIGNADA A MANUELA BELTRAN
MARIAM CANTILLO MONTERO	AUDITORA DE CALIDAD ASIGNADA A SEDE 13 DE JUNIO
QF GABRIEL ARIAS	LÍDER DE SERVICIOS FARMACEUTICOS
YENIS AHUMADA	LÍDER DE SG- SST
SANDRA SAN MARTIN	SIBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
DRA BETTY PERTUZ	SUBGERENTE CIENTIFICA
ASTRID DONADO	COORDINADORA DE ODONTOLOGIA
MILADI MARTINEZ	LIDER DE ATENCION AL USUARIO
IPS SALUD SANTUARIO	ASESOR SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ORDEN DEL DIA	
1	Verificación del Cuórum
2	Bienvenida Gerencia Dr. Juan Sánchez
3	Presentación del Tema a tratar por Gerencia
4.	Presentación de Informe de Autoevaluación del SUH en cada sede en el Marco de la Res 3100 1er Trimestre 2021
5.	Tareas y responsables

**Desarrollo del orden del día**

Siendo las 08:30 pm del día 12 de marzo de 2021, se da inicio a reunión de socialización de los hallazgos generados en la autoevaluación 3100, de la ESE Hospital Materno Infantil Ciudadela Metropolitana, los cuales los preside el gerente de la ESE.

- Palabras de bienvenida del Gerente de la ESE Dr. Juan Sánchez, quien hace intervención además para informar sobre el proceso de Vacunación contra el Covid-19 el cual inició en febrero de 2021, en dos sedes, La Central y 13 de Junio y que ésta se extenderá en el transcurso del mes de marzo a otras: sedes Costa Hermosa, Salamanca, Villa Estadio y Ciudadela Metropolitana, así mismo informa que esta misma semana el Ministerio debe expedir resolución para iniciar la 2 etapa de vacunación contra el Covid-19 y que posiblemente se cruce con la primera. Enfatiza en la necesidad de cumplir con las metas asignadas y el compromiso de los coordinadores médicos, call center, Atención al usuario, para el agendamiento de citas y consolidado de bases de datos.
- Continua con la intervención de la Dra. Maritza Sarmiento- Asesora de Planeación y Sistemas de Gestión, quien hace la presentación de la nueva versión Mapa de procesos y subprocesos, definitivo de la ESE y su aporte y apoyo en los sistemas de gestión. Presenta los 2 procesos macro que constituyen el área estratégica y explica cada uno de ellos. Ver anexo 1. Explica la inclusión de TICS como proceso estratégico articulado con Comunicaciones quien ya tiene un responsable desde la fecha, la importancia del proceso de Atención al Usuario, la articulación de los sistemas de Gestión el cual también incluye como nuevo el Sistema de información SI, y los programas de Gestión Ambiental y de gestión documental ( serán manejados como programas, no como sistemas en esta anualidad). Presenta también la articulación que tiene el Maestro de documentos con el Mapa de procesos, el cual también se está actualizando, en una nueva versión. Ver anexo 1
- Continua la Líder de calidad con la presentación de la autoevaluación realizada por el equipo de auditoría de la calidad durante el primer trimestre, Ver Anexo 2 dejando como resultado un porcentaje de cumplimiento del 77.7% en la autoevaluación de la Resolución 3100 de 2019, evidenciando los siguientes y más relevantes hallazgos:
  - ESTANDAR DE TALENTO HUMANO: Verificando las hojas de vida del talento humano

palabras  Español (Español)  Accesibilidad: es necesario investigar

El proceso de Auditoria se desarrolló realizando la revisión de los requisitos del Decreto 780 de 2016, Res 3100 de 2018, Decreto 1076 de 2015, Res 4445 de 1996, Res 3280 de 2018, Decreto 2200 del 2005, Res 1403 de 2007, Res 1995 de 1990, Res 839 de 2017 (modifica la 1995 de 1999).

**4. RESULTADOS OBTENIDOS DE LA AUDITORIA INTERNA**

**COMPONENTE DE TALENTO HUMANO**

COMPONENTE EVALUADO	RESULTADOS OBTENIDOS				Recomendaciones
	I Auditoria Abril año 2021	II Auditoria Julio 2021	III Auditoria Oct 2021	IV Auditoria Enero 2022	
<b>TALENTO HUMANO</b>	Evaluación del desarrollo del PIC	50%	65%	80%	Verificando las hojas de vida del talento humano de la ESE se evidencia que a una parte del personal debe solicitarse para el cumplimiento del componente certificaciones de formación para: ❖ Gestión del duelo Cuidado del

					donante ❖ Atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos
--	--	--	--	--	---

**ASPECTOS POSITIVOS DEL COMPONENTE DE TALENTO HUMANO:**

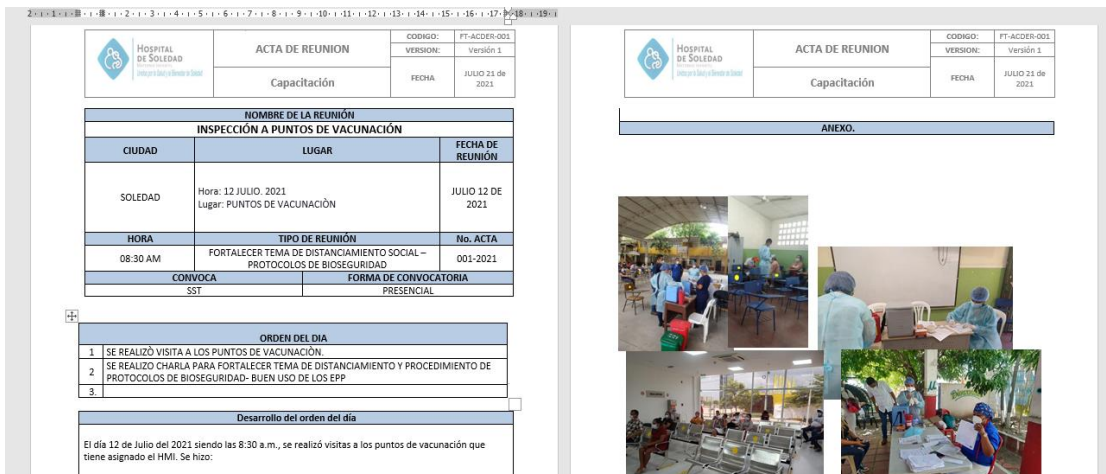
Se evidencia el conocimiento que se tienen de las políticas de Institucionales mapas de procesos, entre otros y se identifica el cumplimiento del proceso, realizando la socialización a todos los procesos utilizando los diferentes medios de publicación.

Se tienen publicados los Dy D, el triage, la señalización cumple la informativa y la de los sistemas de GA Y SST.

Se tiene adherencia al PSP, a los paquetes instruccionales y sus estrategias, se presentaron en total 6 EA y todos fueron gestionados.

Se destaca el compromiso y empoderamiento del Coordinador de Urgencias de las sedes 13 de junio, Ciudadela y la Central y el personal encargado del proceso, cumpliendo con responsabilidades estipuladas, facilitando un mayor desempeño en la ejecución del proceso.

Se evidencia el cumplimiento en los cronogramas del SOGC al seguimiento del comité de Referencia y Contra referencia, Indicadores de Urgencias cumplen meta.



The image displays two screenshots of meeting minutes (ACTA DE REUNION) from the Hospital de Soledad. The left screenshot shows a meeting on July 12, 2021, titled "INSPECCIÓN A PUNTOS DE VACUNACIÓN". The right screenshot shows a meeting on July 21, 2021, titled "ANEXO." and includes several photographs showing the inspection process at vaccination points.

INSPECCION A PUNTO DE VACUNACIÓN (SST)

**INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA AÑO 2021 Grupo Calidad**



<b>Código:</b>	<b>INF-AUDIN-04</b>
<b>Fecha:</b>	<b>20-01-2022</b>
<b>Página:</b>	<b>7 de 14</b>

**CAPACITACIÓN BRIGADA DE EMERGENCIA (SST)**

Las acciones de mejora desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con un 95 % de cumplimiento de las acciones de mejora gestionadas por los responsables de los procesos

**2.- COMPONENTE DE INFRAESTRUCTURA**

COMPONENTE EVALUADO	RESULTADOS OBTENIDOS				Recomendaciones
	I Auditoria Abril año 2021	II Auditoria Julio 2021	III Auditoria Oct 2021	IV Auditoria Enero 2022	
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	Verificando el Plan de Mantenimiento de la infraestructura de las sedes de manera integral se evidencia que algunas actividades del Cronograma de actividades para la vigencia 2021 no se cumplieron	25%	60%	80%	Levantar Plan de mejora de las actividades que no se desarrollaron del Plan de Mantenimiento Hospitalario

### **ASPECTOS POSITIVOS DEL COMPONENTE DE INFRAESTRUCTURA**

Destacar el esfuerzo de la Subgerencia Administrativa ante las situaciones de emergencia presentada en la mayoría de los techos de las sedes durante la ola invernal y el daño de casi el 50% de los aires acondicionados situaciones caóticas que se superaron, actualmente son pocas las sedes con AA para reposición por insolencia o regular funcionamiento.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con un 80% de cumplimiento de las acciones de mejora gestionadas por los responsables de los procesos

### **3.-\_COMPONENTE DE DOTACIÓN**

<b>COMPONENTE EVALUADO</b>	<b>RESULTADOS OBTENIDOS</b>				<b>Recomendaciones</b>
	<b>I Auditoria Abril año 2021</b>	<b>II Auditoria Julio 2021</b>	<b>III Auditoria Oct 2021</b>	<b>IV Auditoria Enero 2022</b>	
<b>DOTACION</b>	Se evidencia avance de reposición de la dotación todas las sedes. Con la implementación del nuevo modelo se solicitarán para la próxima vigencia las nuevas exigencias	60%	80%	95%	Levantar Plan de mejora de las actividades que no se cerraron.

### **ASPECTOS POSITIVOS DEL COMPONENTE DE DOTACION**

A corte del tercer cuatrimestre del año 2021 se hizo entrega de equipos biomédicos donados por el MSP, SSD y SSM, dotación entregada según la necesidad de cada centro de salud. Se da cumplimiento al cronograma del programa de mantenimiento preventivo y correctivo del año en vigencia por parte de los profesionales biomédicos a los equipos que lo requerían en los centros de salud de la ESE.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con el 95





% de cumplimiento de las acciones de mejora planteadas en el estándar de dotación

COMPONENTE EVALUADO	RESULTADOS OBTENIDOS				Recomendaciones
	I Auditoria Abril año 2021	II Auditoria Julio 2021	III Auditoria Oct 2021	IV Auditoria Enero 2022	
<b>MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>	Se evidencia evidencia formato de registro de la información mínima requerida para la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos con datos como, registro de Invima, lote, fecha de vencimiento, descripción, vida útil, clasificación por riesgo, etc.	100%	100%	100%	Continuar con las acciones preventivas para evitar desviaciones del cumplimiento

El área de farmacia crea el formato de registro de la información mínima requerida para la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos de manera oportuna, eficaz, a la fecha está implementado y dándose cumplimiento.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con el 100 % de cumplimiento de las acciones de mejora planteadas en el componente de dotación



#### 4.- COMPONENTE DE HISTORIA CLINICA

COMPONENTE EVALUADO	RESULTADOS OBTENIDOS				Recomendaciones
	I Auditoria Abril año 2021	II Auditoria Julio 2021	III Auditoria Oct 2021	IV Auditoria Enero 2022	
<b>HISTORIA CLINICA</b>	Se está implementando con un excelente avance la implementación de la HC de los programas Se cuenta con avance en la elaboración del instrumento evaluador de las HC de RIAS.	60%	70%	90%	Levantar Plan de mejora de las actividades que no se cerraron.

El área de TICS de la ESE crea software para la implementación del diligenciamiento de las HC electrónica y así mismo el instrumento evaluador de las HC de RIAS.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con el 90% de cumplimiento de las acciones de mejora planteadas en el componente de HC

COMPONENTE EVALUADO	RESULTADOS OBTENIDOS				Recomendaciones
	I Auditoria Abril año 2021	II Auditoria Julio 2021	III Auditoria Oct 2021	IV Auditoria Enero 2022	
<b>SERVICIOS PRIORITARIOS</b>	Se evidencia socialización de la GPC. Se evidencia implementación en las diferentes rutas de atención de la ESE.	50%	60%	85%	Levantar Plan de mejora de las actividades que no se cerraron.



	Se evidencia listado maestro de la gestión documental de la ESE.				
--	--	--	--	--	--

El área de científica realiza socialización de las GPC al personal de la ESE, guías de implementación en las diferentes rutas de atención de la ESE. Planeación realiza listado de maestro de la gestión documental de la ESE.

Las acciones desarrolladas durante la vigencia permitieron cerrar en el año 2021 con el 85 % de cumplimiento de las acciones de mejora planteadas en el componente de procesos prioritarios

## **5. RECOMENDACIONES GENERALES**

Debido a que la pandemia ha sido un factor limitante para la socialización se ha usado la virtualidad y aprovechando el regreso total a la presencialidad recomendamos iniciar estrategias lúdicas o similares que fortalezcan la adherencia al PSP, buenas prácticas, autocuidado, programa de Orden y aseo, en la medida de lo posible se van a ir realizando de manera presencial se retomarán las capacitaciones, charlas, entre otras.

Es importante realizar capacitación de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, (PAMEC) Gestión Documental a todos los procesos que forman parte del Sistema Obligatorio de Gestión de Calidad.

Se recomienda que los Coordinadores y líderes de los procesos fomenten la mejora continua con todo su equipo de trabajo, incluyendo contratistas y lideren el levantamiento de Planes y su desarrollo.

Se recomienda aplicar la política y objetivos de calidad en todas las actividades que se realizan, generando compromiso del personal con la satisfacción del cliente.



## **6. CONCEPTO O CONCLUSIONES DEL AUDITOR LIDER**

Se está realizando la transición de la norma de SUH. Res 2003 a Res 3100 de manera eficaz, evidenciándose en las herramientas manejadas en cada uno de los procesos y el conocimiento por parte de los responsables de los cambios existentes con la nueva norma, cumpliendo con los numerales de la norma

Es importante destacar el compromiso y receptividad de los responsables de los procesos con mantener y mejorar continuamente, con el propósito de ofrecer atención con calidad y humanización y por ende generar satisfacción al cliente.

Las acciones de mejora permitieron cerrar en el año 2021 el 70% de los hallazgos o alertas, eficazmente por los responsables de los procesos, evidenciándose la mejora continua del sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad.

Las debilidades encontradas frente al uso y control de la información documentada y la óptima aplicación de los procedimientos, requiere el fortalecimiento mediante acciones de evaluación, actualización sensibilización y capacitación por parte de los responsables de cada proceso.

Los Coordinadores, líderes de procesos responsables de los planes de mejora deben comprometerse con la presentación y ejecución de los planes de mejoramiento frente a las "Oportunidades de Mejora" generadas en la auditoría, contribuyendo al desarrollo de la mejora continua.



## **ANEXOS**

### **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS:**

- ❖ *Plan de auditorias*
- ❖ *Anexo técnico de Estándares de Requisitos Mínimos de Habilitación, Resolución 3100 de 2019.*
- ❖ *Plan de Mantenimiento Hospitalario*
- ❖ *Plan de capacitación Institucional PIC*
- ❖ *Hojas de vida de DM*
- ❖ *Control de asistencia*

Atentamente,

MARIAN CANTILLO

LÍDER DE CALIDAD-

EQUIPO DE AUDITORIA DE LA CALIDADESE HOSPITAL MATERNO INFANTIL

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
INTERNA AÑO 2021  
Grupo Calidad**



**Hospital  
de Soledad**  
*Unidos por la Salud y Bienestar de Soledad*

<b>Código:</b>	<b>INF-AUDIN-04</b>
<b>Fecha:</b>	<b>20-01-2022</b>
<b>Página:</b>	<b>14 de 14</b>