

PROCESO: Control Interno	Código: FT 5030-01-03.5	
PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas	Versión: 05	
FORMATO: Informe de Auditoria	Fecha: 23/05/2018	

Fecha de la	25 de Marzo de 2020 (Virtual)	
Auditoria		
Objetivo de la	Evaluar el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015 y si el	
Auditoria	sistema se ha implementado y mantenido eficaz, eficiente y efectivamente.	
Alcance	Prestación de los servicios de protección a personas con discapacidad mental	
	del centro La Colonia de Sibaté.	
Criterios	ISO 9001:2015, MIPG	
-	Auditados	Auditores
		Additoros
Centro de protecc Colonia Sibaté	ión en Salud Mental La	Jaime Omar García Bautista
Colonia Sibaté	ión en Salud Mental La amascund@gmail.com	

## **ACTIVIDADES REALIZADAS**

Como plan de trabajo se formula suspender las auditorias de forma presencial a los centros de protección programadas para los días 16 de marzo (San Pedro Claver), 18 de marzo (Colonia Sibaté), 20 de marzo (CBA Arbeláez), 25 de marzo (CBA Belmira Fusagasugá) y 26 de marzo (CBA Villeta) y solicitar información a través de correo electrónico a los coordinadores de centros y calidad.

## **PLANIFICACION DE CAMBIOS**

El centro de protección para el segundo semestre de 2019 identifico un (1) plan de planificación de cambios que pueden afectar la prestación del servicio.

El cambio registrado y evidenciado es el presentado por el cambio de personal profesional, auxiliar y de apoyo cada mes.

### **SALIDAS NO CONFORMES**

El centro de protección identifica las salidas no conformes para la prestación del servicio de asistencia a usuarios con discapacidad mental o cognitiva, con registro mes a mes desde el segundo semestre de 2019.

De los siete meses registrados en la matriz, existen identificadas unas salidas no conformes que no son precisas y requieren análisis y corrección en cuanto a contenido o eliminación por no ser una salida no conforme, sabiendo que puede ser un riesgo, evento adverso o hallazgo.

### **MATRIZ DE RIESGOS**



	PROCESO: Control Interno	Código: FT 5030-01-03.5
	PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas	Versión: 05
١.	FORMATO: Informe de Auditoria	Fecha: 23/05/2018

El centro de protección cuenta con una matriz de riesgos donde identifica 12 riesgos de los cuales se podrían revaluar uno o dos para ser eliminados por no haber presentado eventos en un tiempo de cinco años. Se debe ajustar la matriz año año.

#### INDICADORES DE GESTION

### **Equipos No Biomédicos:**

En el periodo comprendido marzo de 2019 y febrero de 2020 se realizaron 268 actividades de mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos no biomédicos de las 266 programadas para un cumplimiento del 101%; con una inversión de \$75.822.820 en cumplimiento del contrato de cooperación con la beneficencia de Cundinamarca.

### Infraestructura:

Para el periodo en referencia se realizaron 547 actividades de mantenimiento a la infraestructura del centro de protección con un cumplimiento del 100% con un gasto total de \$ 13.022.721. algunas de las actividades realizadas fueron pintura de paredes, pintura de puertas, pintura general, pintura de medias cañas en servicios, corte de césped, fumigación, lavado de tanques, limpieza de trampas de grasa entre otras.

## **Mantenimientos Correctivos:**

Para el periodo en referencia se realizaron 281 actividades por solicitudes de mantenimiento correctivo con un gasto total de \$ 30.570.324; se observa que no se identifica que tipo de mantenimientos correctivos se ejecutaron por cada mes; si son de infraestructura, equipos biomédicos, no biomédicos u otros.

En el periodo reportado se identifican 52 actividades planeadas, pero en el total de actividades mes a mes se evidencia un total de 62, no siendo claro con el número de actividades para dar cumplimiento; el % de cumplimiento a las actividades es del %67, pero el reportado en el mes a mes es dé %56. Con un gasto de \$5.573.600.

El costo total para mantenimiento en el periodo asciende a \$ 134.576.318

## **PGIRS**:

Se analiza el indicador de los residuos destinados a relleno sanitario del total producidos mes a mes entre el periodo de enero a diciembre de 2019, con resultado promedio en porcentaje de % 29.30.

Se realizó una capacitación mensual en el programa de PGIRS, fortaleciendo las medidas de bioseguridad y manejo de residuos a disponer en relleno o disposición.



PROCESO: Control Interno	Código: FT 5030-01-03.5	
PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas	Versión: 05	
FORMATO: Informe de Auditoria	Fecha: 23/05/2018	

### **Historias Clínicas:**

El Porcentaje de Adherencia a la Normatividad referente al Diligenciamiento de HC es del 80% de cumplimiento. Para el periodo de enero a diciembre de 2019 el % de cumplimiento fue en promedio de 91.9 % de un total de 650 Historias clínicas en los cuatro (4) proyectos identificados en el centro de protección.

# Seguridad del Paciente:

Se tiene identificado una matriz de indicadores para el manejo de la seguridad del paciente con 17 indicadores con definición de operación, responsable, frecuencia, meta y resultado mes a mes e identificada por color de acuerdo al resultado.

### **FORTALEZAS**

Se evidencio una mejora en la organización y disponibilidad de la información del sistema, lo que permitió agilizar la realización de la auditoria de forma virtual.

Seguimiento de las Historias Clínicas para los 650 usuarios de los cuatro (4) proyectos identificados en el centro de protección; en el cual se realizan mensualmente una cantidad de 65 historias en las diferentes especialidades.

Análisis, seguimiento y control al manejo de seguridad del paciente para la formulación de planes de mejora en la atención al usuario.

### ASPECTOS POR MEJORAR

Considerar la inclusión del nombre de las actividades realizadas mes a mes en el plan de mantenimiento a la infraestructura, equipos no biomédicos, correctivos y habilitación que permita evidenciar la trazabilidad en las gestiones realizadas.

Mejorar la identificación y fórmula del indicador para los mantenimientos correctivos debido a que son situaciones no previstas o planeadas.

Mejorar la formulación de las tablas y celdas con el contenido de actividades y valores para identificar el total tanto en valor como de cantidad.

Identificar de manera adecuada la descripción de la salida no conforme para un adecuado tratamiento y plan de acción.

El formato de planificación de cambios debe ser enviado a la oficina de planeación para su validación y posterior seguimiento por parte de la oficina de control interno.



	PROCESO: Control Interno	Código: FT 5030-01-03.5
	PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas	Versión: 05
`	FORMATO: Informe de Auditoria	Fecha : 23/05/2018

La matriz de riesgos establecida se debe identificar para cada año, para una adecuada descripción, gestión y mitigación de los riesgos identificados. Al terminar el periodo se debe evaluar mediante seguimiento con corte a 30 de diciembre de cada año. Para un nuevo periodo de acuerdo a la evaluación se registra una nueva matriz.

NO CONFORMIDADES			
No	Numeral	Descripción	

## **OBSERVACIONES**

Seguimiento a través de documentación allegada vía correo electrónico como evidencia.

Se requiere verificar y realizar seguimiento in-situ para el segundo semestre o cuando las condiciones de emergencia termine.

## CONCLUSIONES

Las herramientas del sistema de gestión de calidad de la Entidad como la planificación de cambios y control a las salidas no conformes se han venido utilizando, evidenciando falta de eficiencia en su tratamiento disminuyendo la dinámica de operación.

Se evidencia un alto compromisos tanto del operador como del personal para con la prestación del servicio y el alto interés por la satisfacción del cliente.

El manejo de la plataforma tecnológica de sistemas de información para la administración de la información y la pronta respuesta a solicitudes.