

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO ESE

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTION

INFORME DE GESTION POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2022

INTRODUCCION

La oficina de control interno del Hospital Universitario Departamental de Nariño dando Cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y la circular 04 de 2005 emitida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial que establece: *“con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso.”*

OBJETIVO

Realizar evaluación de la gestión de cada dependencia, con el propósito de que se tome como criterio evaluador a los acuerdos de gestión de los empleados del nivel gerencial y a los de carrera administrativa, de lo cual la Oficina Asesora de Control Interno hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento.

ALCANCE

La evaluación se sustenta en la gestión adelantada por cada una de las dependencias, conforme a los compromisos y metas definidos en el Plan Operativo Anual y en los indicadores de gestión por procesos de la vigencia 2022.

MARCO LEGAL

Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones." Artículo 9 de la Ley 87 de 1993. Le corresponde a la Oficina de Control interno, «medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos. Y en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

Ley 909 de 2004. "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones." en su artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".

Decreto Reglamentario 1227 de 2005. 'Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998:

Circular No. 04 de 2005. "Mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 que estatuye lo siguiente: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

Acuerdo 6176 de 2018 Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba.

Plan de Trabajo vigencia 2022 de la Oficina de Control interno del HUDN ESE.



DESARROLLO DEL INFORME.

Para efectuar el presente informe de evaluación por dependencias, la oficina de Control Interno de Gestión tomó como referente la información registrada en los Indicadores vigencia 2022, entregada por la oficina de Planeación, el día 27 de febrero de 2023, informe de auditorías internas de la oficina de Control interno de Gestión, informe de seguimiento al trámite de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones vigencia 2022, matriz de riesgo institucional año 2022, Planes de Mejora Cerrados.

RESULTADOS

Para realizar la Evaluación de Gestión por Dependencias y/o procesos se utilizó el formato FRGCI-011. La Oficina de Control Interno verificó el cumplimiento de las actividades relacionadas en el P.O.A. implementado por la Oficina de Planeación y Calidad para cada proceso, así mismo, el Informe de Gestión de riesgos de la vigencia 2022, el Informe de Planes de Mejora Externos Cerrados, Informes de Gestión de PQRS (Quejas) de la vigencia 2022.

Como se evidencia en el cuadro No. 1 el informe Planes de Mejora Internos Cerrados y la autoevaluación de estándares de Acreditación de la vigencia no fueron aportados por la oficina de planeación.

CUADRO No.1 EVALUACION GESTION POR DEPENDENCIAS Y/O PROCESOS

CRITERIOS DE EVALUACION	%	RESULTADO	PONDERADO
Cumplimiento de Indicadores POA por Proceso	30%	90,7	27,21
Gestión de Riesgos	20%	100	20
Planes de Mejora Internos Cerrados	10%	0	0
Planes de Mejora Externos Cerrados	10%	50	5
Gestión de PQRS (Quejas)	10%	100	10
Autoevaluación Estándares de Acreditación Vigencia	20%	0	0
Total	100%		62,21
Resultado que corresponde al 10% de la Evaluación del Desempeño Laboral EDL para los servidores públicos del Proceso en el HUDN			6,221

Fuente: FRGCI - 011-EVALUACION GESTION POR DEPENDENCIAS Y/O PROCESOS

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CUMPLIMIENTO DE INDICADORES POA POR PROCESO



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

A continuación, se presenta el porcentaje de cumplimiento para cada proceso y subprocesos, los indicadores que no cumplieron la meta establecida en el POA.

En el cuadro No. 2 se observa el Porcentaje de cumplimiento por proceso institucional año 2022, donde se visualiza que se cuenta con 21 procesos tanto asistenciales como administrativos, resaltando que 13 procesos dan cumplimiento y superan la meta del 90%, 8 procesos están por debajo del 90%, finalmente se puede evidenciar que 4 de los procesos presentan indicadores en N/A (No Aplica).

**CUADRO No. 2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR PROCESO
INSTITUCIONAL AÑO 2022**

No.	PROCESO	ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRE SALIENTE	TOTAL	CUMPLIMIENTO	CALIFICACIÓN 10% DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL EDL
1	AMBIENTE FÍSICO	1	3	3	47	54	88,89%	8,89%
2	APOYO DIAGNÓSTICO			4	29	33	87,88%	8,79%
3	ATENCION AL USUARIO			1	13	14	92,86%	9,29%
4	AUDITORIA MÉDICA				14	14	100,00%	10,00%
5	BLH			1	9	10	90,00%	9,00%
6	CID				3	3	100,00%	10,00%
7	CIG				3	3	100,00%	10,00%
8	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	1			10	11	100,00%	10,00%
9	GESTION DE LA INFORMACION	1		2	19	22	90,91%	9,09%
10	HOSPITALIZACION			3	13	16	81,25%	8,13%
11	JURIDICA				7	7	100,00%	10,00%
12	PLANEACIÓN		1		13	14	92,86%	9,29%
13	QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA				21	21	100,00%	10,00%
14	RECURSOS FINANCIEROS	1		5	39	45	88,89%	8,89%
15	SEGURIDAD DEL PACIENTE				7	7	100,00%	10,00%
16	SERVICIO FARMACÉUTICO			1	39	40	97,50%	9,75%
17	SOPORTE TERAPÉUTICO	3		14	58	75	81,33%	8,13%
18	SST			3	17	20	85,00%	8,50%
19	TALENTO HUMANO	1		2	16	19	89,47%	8,95%
20	URGENCIAS Y ATENCIÓN AMBULATORIA				31	31	100,00%	10,00%
21	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1		1	12	14	92,86%	9,29%
	TOTAL GENERAL	9	4	40	420	473	90,70%	9,07%

Fuente: Planeación POA 2022

En el cuadro No. 3 se observa la calificación 10% de la evaluación de desempeño laboral EDL por proceso/Dependencia.

**CUADRO No. 3 RESULTADO DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN
POR DEPENDENCIAS O PROCESOS 2022**

NO.	PROCESO/DEPENDENCIAS	CALIFICACIÓN 10% DE LA EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO LABORAL EDL
1	AMBIENTE FÍSICO	8,89%
2	APOYO DIAGNÓSTICO	8,79%
3	ATENCION AL USUARIO	9,29%
4	AUDITORIA MÉDICA	10,0%
5	BLH	9,0%
6	CID	10,0%
7	CIG	10,0%
8	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	10,0%
9	GESTION DE LA INFORMACION	9,09%
10	HOSPITALIZACION	8,13%
11	JURIDICA	10,0%
12	PLANEACIÓN	9,29%
13	QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA	10,0%
14	RECURSOS FINANCIEROS	8,89%
15	SEGURIDAD DEL PACIENTE	10,0%
16	SERVICIO FARMACÉUTICO	9,75%
17	SOPORTE TERAPÉUTICO	8,13%
18	SST	8,50%
19	TALENTO HUMANO	8,95%
20	URGENCIAS Y ATENCIÓN AMBULATORIA	10,0%
21	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	9,29%

Fuente: Planeación POA 2022

En el cuadro No. 4 se evidencia el Porcentaje de cumplimiento por subproceso institucional año 2022, donde se visualiza que en el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, se cuenta con 50 subprocesos tanto asistenciales como administrativos, resaltando que 31 subprocesos cumplen con una ejecución correcta con buenos porcentajes de cumplimiento superando la meta del 90%, los 19 restantes de procesos están por debajo del 90%.

CUADRO No. 4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR SUBPROCESO

PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
AMBIENTE FÍSICO	ACTIVOS FIJOS	1		1	2	4	75,00%
	ALMACÉN				3	3	100,00%
	APOYO LOGISTICO				6	6	100,00%
	GESTION AMBIENTAL			2	17	19	89,47%
	MANTENIMIENTO		3		19	22	86,36%
ATENCION AL USUARIO	ATENCION AL USUARIO				7	7	100,00%
	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			1	6	7	85,71%
CIG	CIG				3	3	100,00%
CID	CID				3	3	100,00%
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	1			10	11	100,00%
GESTION DE LA INFORMACION	GESTION DE LA INFORMACION			1	11	12	91,67%
	GESTIÓN DOCUMENTAL	1		1	8	10	90,00%
PLANEACION	CALIDAD				5	5	100,00%
	PLANEACION		1		3	4	75,00%
	ESTADISTICA				5	5	100,00%
RECURSOS FINANCIEROS	CARTERA			1	8	9	88,89%
	CONTABILIDAD	1		2	10	13	84,62%
	COSTOS			1	3	4	75,00%



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	FACTURACIÓN				5	5	100,00%
	PRESUPUESTO			1	9	10	90,00%
	TESORERIA				4	4	100,00%
SST	GESTION PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES			3	7	10	70,00%
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				10	10	100,00%
TALENTO HUMANO	TALENTO HUMANO	1		2	16	19	89,47%
APOYO DIAGNÓSTICO	BANCO DE SANGRE			3	5	8	62,50%
	LABORATORIO CLINICO			1	8	9	88,89%
	PATOLOGIA				6	6	100,00%
	RADIOLOGIA				10	10	100,00%
AUDITORIA MÉDICA	AUDITORIA CUENTAS MEDICAS				3	3	100,00%
	AUDITORIA MEDICA				11	11	100,00%
BLH	BLH			1	9	10	90,00%
HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION			3	7	10	70,00%
	PROMOCION Y PREVENCIÓN				6	6	100,00%
QUIROFANOS Y GINECOOBSTETRICIA	CENTRAL DE ESTERILIZACION				3	3	100,00%
	SALA DE PARTOS				1	1	100,00%
	QUIROFANOS				14	14	100,00%
	URPA				3	3	100,00%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	SEGURIDAD DEL PACIENTE				7	7	100,00%
SERVICIO FARMACÉUTICO	SERVICIO FARMACEUTICO			1	39	40	97,50%
SOPORTE TERAPÉUTICO	HEMODIALISIS			1	5	6	83,33%
	IAMII			1	7	8	87,50%
	ONCOLOGIA	1		3	15	19	84,21%
	PROGRAMA MADRE CANGURO	1		1	15	17	94,12%
	PSICOLOGIA	1		2	4	7	71,43%
	REHABILITACIÓN			2	5	7	71,43%
URGENCIAS Y ATENCIÓN AMBULATORIA	ATENCION AMBULATORIA				17	17	100,00%
	URGENCIAS				14	14	100,00%
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1		1	12	14	92,86%
JURIDICA	JURIDICA				7	7	100,00%
TOTAL		9	4	40	420	473	90,70%

Fuente: Planeación POA 2022

GESTIÓN DE RIESGOS

En el cuadro No. 5 se observa la matriz de riesgo institucional año 2022, en la cual se visualiza que se cuenta con 18 matrices de gestión de riesgo, tanto Asistenciales como Administrativos, se observa 49 procesos y 51 subprocesos, resaltando que según matriz de riesgos institucional se presentan 52 RIESGO BAJO, 92 RIESGO MEDIO, 38 RIESGO ALTO y 36 RIESGO MUY ALTO, para un total de 218 Riesgos de proceso.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

CUADRO No. 5 MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2022.

No.	MATRIZ DE RIESGO	PROCESO	SUBPROCESO / SERVICIO	RIESGO	RN		
1	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO Y HUMANIZACIÓN	Gestión del talento humano y humanización	Gestión del talento humano y humanización	Inoportunidad en respuesta de derechos de petición y tutelas	RIESGO BAJO		
				Incumplimiento de los objetivos del proceso por falta de competencia del personal	RIESGO BAJO		
				Talento humano sin competencias suficientes	RIESGO MEDIO		
2	GESTION FINANCIERA	GESTION FINANCIERA- Facturación	Facturación	Errónea elaboración de nómina y liquidación de prestaciones sociales	RIESGO BAJO		
				Interferencia del personal en procesos de pago de los usuarios	RIESGO ALTO		
				Inconsistencia en la verificación de derechos ES CAUSA	RIESGO MUY ALTO		
				No radicación de facturación	RIESGO ALTO		
				Inoportunidad en el cargue de servicios prestados	RIESGO ALTO		
		GESTION FINANCIERA- Tesorería	Tesorería	Bajo nivel de liquidez (antes iliquidez - incumplimiento en los pagos)	RIESGO MUY ALTO		
				Inoportunidad e incumplimiento de pagos a OPS y contratistas	RIESGO MEDIO		
				Inconsistencias en arqueo	RIESGO BAJO		
				Inoportunidad en pago de viáticos	RIESGO MEDIO		
		GESTION FINANCIERA- Presupuesto	Presupuesto	Introducción de recursos de narcotráfico y terrorismo en la organización	RIESGO BAJO		
				Incremento en las cuentas por pagar financiadas con reconocimiento y no con recaudo	RIESGO MEDIO		
				Generación de información errónea en las ejecuciones presupuestales de ingresos	RIESGO MEDIO		
		GESTION FINANCIERA- Costos	Costos	Conciliar información con tesorería, cartera, convenios universidades y otros.	RIESGO MUY ALTO		
				Elaboración del presupuesto según aplicación de norma y atención de necesidades.	RIESGO MUY ALTO		
				Prestación de servicios de salud por debajo de los costos generando pérdidas para la organización.	RIESGO MUY ALTO		
				Falta de confiabilidad en la información de los costos	RIESGO ALTO		
		GESTION FINANCIERA- Contabilidad	Contabilidad	Falta de depuración contable permanente y sostenible para reflejar la realidad financiera, económica y social conforme a la normatividad contable vigente.	RIESGO MEDIO		
				Falta de oportunidad en la información suministrada por parte de las Áreas respectivas.	RIESGO ALTO		
				Inconsistencias generadas por el sistema de información dinámica gerencial en el registro de información financiera	RIESGO ALTO		
				Falta de actualización en la normatividad contable, tributaria y del sistema general de regalías.	RIESGO MEDIO		
				Presentación incorrecta o inoportuna de las declaraciones tributarias y su respectivo pago.	RIESGO MEDIO		
				Inoportunidad en la presentación de informes a los entes de control	RIESGO MEDIO		
				GESTION FINANCIERA- Cartera	Cartera	Excesiva carga laboral en el cargue de objeciones que no es de responsabilidad de cartera	RIESGO MUY ALTO
						Posible no conciliación entre áreas de manera mensual que no permitiría identificar el valor real de la cartera y por ende el cobro	RIESGO MUY ALTO
		No cumplimiento de la proyección de recaudo	RIESGO MUY ALTO				
		No presentación de informes exactos y oportunos que conlleven a procesos disciplinarios a la gerencia	RIESGO MUY ALTO				
		3	GESTION JURIDICA	GESTION JURIDICA	Gestión Jurídica	No conciliación con los diferentes ERP, lo que no permite definir la cartera a cobrar	RIESGO ALTO
Inadecuada defensa y ejercicio del derecho de contradicción	RIESGO BAJO						
Pérdida de Procesos Judiciales	RIESGO BAJO						
incumplimiento de los términos legales y constitucionales de las respuestas a las peticiones presentadas ante la administración.	RIESGO BAJO						
Emisión de actos administrativos errados o inexactos.	RIESGO MEDIO						
Inexistencia de ánimo conciliatorio del asunto existiendo las evidencias y parámetros legales que así lo permitan	RIESGO MEDIO						
Procesos contractuales contrarios a la ley	RIESGO BAJO						
Que no exista una necesidad real o suficiente para la contratación solicitada	RIESGO MEDIO						
Demora en la elaboración de los procesos contractuales	RIESGO MEDIO						
Que se emita un acto administrativo con errores que afecte las decisiones del hospital o fuera del marco legal vigente	RIESGO MEDIO						
4	GESTION ESTRATEGICA	PLANEACION	Planeación	Inadecuada identificación de necesidades	RIESGO MEDIO		
				Información errónea	RIESGO MEDIO		
				Pobre visión prospectiva de la organización y sus entornos	RIESGO MEDIO		
				Inoportunidad en la entrega de informes o resultados	RIESGO MEDIO		
				Imprecisión en formulación de proyectos	RIESGO ALTO		
		PLANEACION- Estadística	Estadística	Incumplimiento de requisitos legales	RIESGO BAJO		
				Inexistencia de información	RIESGO BAJO		
				Desconfianza de la información presentada	RIESGO ALTO		
				Entrega inoportuna de la información por parte del área	RIESGO MEDIO		
				Desconfianza de la información presentada	RIESGO MEDIO		
				Bajo nivel de veracidad y confiabilidad de la información	RIESGO MEDIO		
		PLANEACION- Gestión Comunicacional	Gestión Comunicacional	Inoportunidad en reporte de indicadores	RIESGO ALTO		
				No realizar análisis de información	RIESGO MEDIO		
				Probabilidad de desprestigio de la imagen institucional	RIESGO BAJO		
		Control Interno Disciplinario	Control Interno Disciplinario	Producción comunicacional no permanente	RIESGO MEDIO		
				Solicitud de nulidad por no cumplimiento de los parámetros legales de la notificación	RIESGO MEDIO		
				Prescripción de la acción disciplinaria debido a la falta de revisión y control de los procesos en el tiempo.	RIESGO MEDIO		

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
 Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
 www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

				Inoportunidad en la respuesta que requiere la dependencia para dar continuidad a las actuaciones procesales	RIESGO ALTO
				Vencimiento de términos de las diferentes etapas del proceso	RIESGO MEDIO
5	GESTION DE CONTROL INTERNO	GESTION DE CONTROL INTERNO	CONTROL INTERNO	Incumplimiento del Programa auditorias y seguimientos.	RIESGO MEDIO
6	GESTION AMBIENTE FISICO	RECURSOS FISICOS- Apoyo Logístico	Apoyo Logístico	Falta de insumos de lavado	RIESGO MEDIO
				Falta de ropa	RIESGO MEDIO
				Inexistencia o insuficiencia de personal de vigilancia	RIESGO BAJO
				Falla en cámaras de seguridad	RIESGO MEDIO
				Falta de mantenimiento de los vehículos, seguros y legalidades	RIESGO MEDIO
				Falta de suministro de insumos y combustibles	RIESGO MEDIO
				Daño en el sistema de radiocomunicaciones	RIESGO MEDIO
				Traslados entre áreas de equipos y bienes sin reporte a activos fijos	RIESGO MUY ALTO
		RECURSOS FISICOS -Activos fijos	Activos fijos	Contaminación cruzada y falta de espacios de almacenamiento por bienes dados de baja en trámite	RIESGO ALTO
				Inexactitud en conciliaciones	RIESGO MEDIO
				Equipos externos en el hospital sin monitoreo de activos fijos	RIESGO MEDIO
				Equipos sin calibración	RIESGO MEDIO
		RECURSOS FISICOS - Mantenimiento	Mantenimiento	Ingenieros sin certificación INVIMA	RIESGO BAJO
				Incumplimiento en cronograma de mantenimiento preventivo	RIESGO MEDIO
		RECURSOS FISICOS- Suministros Almacén	Suministros Almacén	Uso de equipos sin cumplimiento de decreto 4725 de 2005	RIESGO ALTO
				Falta de espacio físico adecuado para el almacenamiento de mercancía	RIESGO MUY ALTO
7	GESTION DEL SIG	GESTIÓN DEL SIG - Calidad	Calidad	No realizar cierre del ciclo de mejora	RIESGO MEDIO
				Incumplir los requisitos del Sistema Integrado de Gestión respecto de Auditorías Internas	RIESGO MEDIO
				No tener la documentación del SIG controlada	RIESGO MEDIO
				Compromiso de las partes involucradas desde el rol que desempeñan	RIESGO ALTO
		GESTIÓN DEL SIG - Seguridad y salud en el trabajo -	SST	Incumplimiento de terceros en materia de SST	RIESGO ALTO
				Disminución de la rentabilidad por multas interpuestas por las autoridades competentes relacionadas con incumplimientos a requisitos legales SG-SST	RIESGO ALTO
		GESTIÓN DEL SIG - Emergencias y desastres	SST - GESTIÓN DE DESASTRES	Compromiso de las partes involucradas desde el rol que desempeñan	RIESGO MEDIO
				Condiciones de orden público que afecten la capacidad de evacuación de residuos hospitalarios a través de la tercerizada	RIESGO ALTO
		GESTIÓN DEL SIG - Gestión ambiental	Gestion del SIG SGAmbiental	Falla en la adecuada segregación de residuos	RIESGO ALTO
				Reporte inoportuno a antes de control	RIESGO ALTO
				Falta de profesional permanente en la coordinación en el proceso de gestión ambiental	RIESGO MUY ALTO
				Falta de oportunidad en las actividades realizadas por el proceso	RIESGO ALTO
8	ATENCIÓN AL USUARIO - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	ATENCIÓN AL USUARIO - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Atención al Usuario	Que las encuestas de satisfacción tengan sesgo	RIESGO MEDIO
				Las coordinaciones involucradas en las quejas no den respuesta oportuna y de fondo	RIESGO MUY ALTO
		Referencia y contra referencia		Que no se satisfaga las necesidades y expectativas de los usuarios por información errónea de los funcionarios	RIESGO MEDIO
				Transporte de pacientes	RIESGO MUY ALTO
9	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN - Sistema de la información	Sistemas	Falla en el funcionamiento de equipos informáticos	RIESGO MEDIO
				Caída de los sistemas de información misionales	RIESGO MUY ALTO
				Falla en la infraestructura de comunicaciones	RIESGO MUY ALTO
				Incumplimiento de actividades programadas en el PETI	RIESGO MEDIO
		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN - Archivo clínico	Archivo clínico	Perdida de información	RIESGO MEDIO
				Duplicidad en el número de historia clínica según consecutivo o varios pacientes	RIESGO MEDIO
				Repesamiento de las historias clínicas por el espacio y lugar del archivo clínico	RIESGO MUY ALTO
		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN - Gestión documental	Gestión documental	Perdida de información	RIESGO BAJO
				Documento incompleto o no digitalizado	RIESGO ALTO
10	DOCENCIA E INVESTIGACION	DOCENCIA E INVESTIGACION	Docencia e investigación	Archivo no gestionado adecuadamente	RIESGO MEDIO
				Colapso del archivo	RIESGO ALTO
				No apego al plan de capacitación de estudiantes	RIESGO MEDIO
				Efectividad en la gestión de Docencia e Investigación	RIESGO BAJO
				No ceñirse al cronograma de comités y actividades interinstitucionales	RIESGO MEDIO
				Incumplimiento por parte del personal docente sobre la cantidad de estudiantes programados y asignados de acuerdo a la norma	RIESGO BAJO
				Falta de asignación de recursos económicos	RIESGO MEDIO
11	GESTION CLINICA	GESTION CLINICA- Seguridad del paciente	Seguridad del paciente	Desactualización de los riesgos propuestos en la metodología AMFE	RIESGO MEDIO
				Disminución en los reportes de eventos en el sistema PRYGEA	RIESGO ALTO
				Reiterativa ocurrencia de los mismos eventos adversos en un servicio	RIESGO MEDIO
		GESTION CLINICA- Vigilancia Epidemiológica	Vigilancia Epidemiológica	Infecciones cruzadas a usuarios y trabajadores	RIESGO MEDIO
				Sancciones por no reporte oportuno al Sistema Sivigila (online)	RIESGO BAJO
				Brotos en comunidad	RIESGO BAJO
				Brotos institucionales	RIESGO BAJO

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		GESTION CLINICA- Auditoría Médica	Auditoría Médica	Falta de mejora en los procesos de atención clínica y/o mantenimiento de causas de no conformidad en la gestión clínica de los servicios asistenciales y/o administrativos de apoyo a la gestión clínica.	RIESGO MEDIO
				Falta de cumplimiento de actividades programadas por auditoría médica de calidad	RIESGO MEDIO
		GESTION CLINICA- Auditoría de cuentas médicas	Auditoría de cuentas médicas	No entrega o inoportunidad en la entrega o deficiencia en la calidad de los informes de auditoría.	RIESGO BAJO
				No entrega o inoportunidad en la entrega o deficiencia en la calidad de los informes de auditoría de los indicadores de Resolución 408.	RIESGO BAJO
12	SERVICIO FARMACÉUTICO	SERVICIO FARMACÉUTICO (Farmacia, Central de Mezclas, Central de Gases Medicinales)	Servicio Farmacéutico	Pérdida de recursos financieros por inoportunidad en tramitar respuesta a objeciones (administrativas o por pertinencia médica).	RIESGO MEDIO
				Aceptación inadecuada de glosos definitivos	RIESGO MEDIO
				Mantener las mismas causas de objeciones en el tiempo	RIESGO MEDIO
				Prescripción de cuentas por no acuerdo en conciliación	RIESGO BAJO
				Error en la preparación de medicamentos de central de mezclas	RIESGO MUY ALTO
				Recepcionar productos farmacéuticos fraudulentos o adulterados	RIESGO MEDIO
				Contaminación microbiana de preparados estériles	RIESGO MEDIO
				Vencimiento de productos farmacéuticos	RIESGO MUY ALTO
				No disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos	RIESGO ALTO
				Errores en la dispensación	RIESGO ALTO
Suspensión del suministro de gases medicinales	RIESGO ALTO				
13	GESTION APOYO DIAGNOSTICO	APOYO DIAGNOSTICO- Laboratorio Clínico	Laboratorio Clínico	Muestras coaguladas	RIESGO BAJO
				Entrega de resultados con errores	RIESGO BAJO
				Pérdida de la muestra	RIESGO BAJO
				Inadecuada rotulación e identificación de las muestras recepcionadas de Laboratorio clínico.	RIESGO BAJO
				Hemólisis	RIESGO BAJO
		APOYO DIAGNOSTICO- Patología	Patología	Inoportunidad en la entrega de resultados de laboratorio	RIESGO BAJO
				Mala interpretación de resultados	RIESGO BAJO
				Entrega de resultados erróneos	RIESGO BAJO
		APOYO DIAGNOSTICO- Imagenología	Imagenología	Pérdida de la muestra durante el procesamiento y lectura de muestras	RIESGO BAJO
				Error en identificación del paciente	RIESGO BAJO
14	ATENCION AMBULATORIA	ATENCION AMBULATORIA- Consulta Externa	Atención Ambulatoria	Error en digitación de informe radiológicos	RIESGO BAJO
				Error en la toma de los estudios	RIESGO BAJO
				Inoportunidad en la atención del paciente	RIESGO BAJO
				Entrega de resultados erróneos	RIESGO BAJO
				No disponibilidad de agenda	RIESGO MEDIO
				Toma inadecuada de signos vitales	RIESGO MEDIO
				Información inadecuada o incompleta sobre trámites posteriores a consulta	RIESGO MEDIO
				Error en proceso de asignación de citas (guardado de información)	RIESGO MEDIO
				Cambio de agenda inoportuno	RIESGO MEDIO
				Registro en paciente equivocado	RIESGO MEDIO
Ocurrencia de evento adverso en atención intrahospitalaria	RIESGO ALTO				
15	HOSPITALIZACION	HOSPITALIZACION (Medicina Interna, UCI Adultos, UCI Intermedio, UCIN, Neonatos Básico, Ortopedia, Contributivo, Cx General, Esp 5 piso)	Hospitalización	Fallo de registros de datos de los pacientes	RIESGO MEDIO
				Falta de diligenciamiento del consentimiento informado para procedimientos por parte del personal de salud	RIESGO MEDIO
				Mala preparación de pacientes hospitalizados para exámenes diagnósticos	RIESGO MEDIO
				Mala información o falta de información al egreso de los pacientes	RIESGO MEDIO
				Incumplimiento de los 10 correctos en la administración de medicamentos	RIESGO MUY ALTO
				Falta de disponibilidad de cama para el usuario que solicita ingreso.	RIESGO ALTO
				Inoportunidad en dar inicio a la revista médica	RIESGO MEDIO
				Inoportunidad en dar respuesta a interconsultas	RIESGO ALTO
				Falta de priorización y alertas de pacientes que requieran atención en programas de PyP	RIESGO BAJO
				CANCELACION DE CIRUGIAS	RIESGO MUY ALTO
16	QUIRÓFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA	QUIRÓFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA (Quirófano)	Quirófano	Error en la zona operatoria	RIESGO ALTO
				Mala preparación del paciente para cirugía	RIESGO ALTO
				Infecciones y/o complicaciones en el POP	RIESGO ALTO
				Inoportunidad en la atención al ingreso de la usuaria	RIESGO MUY ALTO
		QUIRÓFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA (Sala de partos y Ginecostericia)	Quirófano - Sala de partos - Ginecostericia	Disminución de producción por baja programación de cirugías y baja demanda de pacientes ginecostericias	RIESGO MUY ALTO
				Falta de disponibilidad de equipos biomédicos para atención de recién nacido por madre diagnosticada o sospechosa de COVID 19	RIESGO ALTO
		QUIRÓFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA (Sala de partos y Ginecostericia)	Sala de Partos y Gineco	Infecciones intrahospitalarias	RIESGO MEDIO
				Inoportunidad en la atención al ingreso de la usuaria	RIESGO MUY ALTO
				Desviaciones asociadas a humanización en la atención de la usuaria	RIESGO MEDIO
				Error en la identificación del recién nacido	RIESGO ALTO
QUIRÓFANO, SALA DE PARTOS Y GINECOBSTERICIA (Sala de partos y Ginecostericia)	Sala de Partos y Gineco	Error en la identificación de la usuaria al momento del ingreso	RIESGO BAJO		
		Información errónea entre el equipo de trabajo desde el ingreso de la madre	RIESGO MEDIO		
				Disminución de producción por baja programación de cirugías y baja demanda de pacientes ginecostericias	RIESGO MUY ALTO
17	URGENCIAS	URGENCIAS - Triaje - consultorios - facturación - observación	Urgencias	Información de ingreso y verificación de derechos inadecuada	RIESGO MEDIO
				Estancia prolongada asociada a trámites administrativos	RIESGO MEDIO
				Clasificación errónea de la prioridad para atención	RIESGO MEDIO

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

18	SOPORTE TERAPEUTICO	SOPORTE TERAPEUTICO-Rehabilitación	Rehabilitación	Diagnóstico e intervenciones erróneas e inadecuadas durante la consulta médica de urgencias	RIESGO MEDIO
				Fallos en los procedimientos de seguridad del paciente en el proceso que pueden ocasionar eventos adversos	RIESGO ALTO
				Inoportunidad en la solicitud o respuesta a interconsultas	RIESGO MEDIO
		SOPORTE TERAPEUTICO-Psicología	Psicología	Insatisfacción de pacientes que solicitan tratamiento de hidroterapia	RIESGO ALTO
				Perdida de pacientes por insuficiente capacidad instalada (demanda insatisfecha)	RIESGO MUY ALTO
				Documentación incompleta al ingresar por primera vez al servicio de rehabilitación.	RIESGO BAJO
				Consentimiento informado no diligenciado, diligenciado de forma incompleta o inadecuada y no archivado en la HC del paciente.	RIESGO BAJO
				Orden mal diligenciada para ingreso al servicio de rehabilitación.	RIESGO BAJO
				Perdida de pacientes por pandemias o epidemias	RIESGO MUY ALTO
		SOPORTE TERAPEUTICO-IAMII	IAMII	No se solicita valoración psicológica a usuarios que lo requieren desde el modelo de salud mental.	RIESGO BAJO
				Conducta suicida	RIESGO BAJO
				Pacientes de larga estancia hospitalaria con depresión	RIESGO BAJO
		SOPORTE TERAPEUTICO-Programa madre canguro PMC	PMC	Incumplimiento de los 10 pasos de la estrategia	RIESGO BAJO
				Violación del acuerdo 1397 de 1992	RIESGO BAJO
				Campañas de publicidad que desmotiven el programa IAMII	RIESGO BAJO
		SOPORTE TERAPEUTICO - Banco de leche humana BLH	Banco de leche humana	Falta de información en el método Madre canguro en los padres y cuidadores del recién nacido.	RIESGO ALTO
				Bajo nivel de captación e ingreso de recién nacidos al PMC intrahospitalario	RIESGO MUY ALTO
				Deserción de pacientes asistentes al Programa Madre Canguro Ambulatorio	RIESGO MUY ALTO
				Recolección de leche humana cuando se finalizan los convenios	RIESGO MUY ALTO
				Contaminación durante la recolección de leche humana extra e intrahospitalaria	RIESGO BAJO
				Demora en el proceso de pasteurización por insumos inadecuados	RIESGO MEDIO
		SOPORTE TERAPEUTICO-Oncología+C180	Oncología	Demora en la ejecución de proyectos de convenio realizados con la gobernación e instituto Departamental de Salud de Nariño	RIESGO ALTO
				Demora en la distribución de leche a la unidad neonatal	RIESGO BAJO
				Demora en la distribución de leche a la unidad neonatal	RIESGO BAJO
		SOPORTE TERAPEUTICO-Nutrición	Nutrición	Deficiente calidad del dato en el informe de la resolución 247 de cuentas de alto costo.	RIESGO MEDIO
				Error en la autorización	RIESGO MEDIO
				Error en la asignación de cita según la especialidad	RIESGO MEDIO
				No continuidad del tratamiento por tarifas	RIESGO MUY ALTO
				Abandono de tratamiento	RIESGO MUY ALTO
		SOPORTE TERAPEUTICO-Hemodiálisis	Hemodiálisis	Paciente acude a consulta sin soporte histopatológico	RIESGO BAJO
Incumplimiento a las ordenes nutricionales por parte de enfermería	RIESGO MUY ALTO				
Aprobación de operador de alimentos sin experiencia, capacidad operativa para el suministro de dietas terapéuticas lo cual hace que no haya satisfacción en el paciente	RIESGO MUY ALTO				
SOPORTE TERAPEUTICO-Banco de Sangre	Banco de Sangre	Cálculo incorrecto de dieta hospitalaria de paciente con vía oral, soporte enteral y soporte parenteral generando eventos adversos	RIESGO MEDIO		
		Aporte insuficiente e inadecuado de calorías y nutrientes del paciente, lo cual retrasa la recuperación nutricional, provocando prolongación de estancia hospitalaria	RIESGO MEDIO		
		Pacientes sin lista de chequeo de traslado en el ingreso al servicio	RIESGO MUY ALTO		
		Presencia de neumotórax en pacientes con colocación de catéter central	RIESGO MUY ALTO		
SOPORTE TERAPEUTICO-Banco de Sangre	Banco de Sangre	Encuesta de donación mal diligenciada	RIESGO MEDIO		
		Envío errado del hemo componente por error en la solicitud	RIESGO MEDIO		
		Hemo componentes vencidos	RIESGO BAJO		
		Inoportunidad en la disponibilidad glóbulos rojos Rh Negativos	RIESGO MEDIO		
				Inoportunidad en la disponibilidad de plaquetas	RIESGO MEDIO

Fuente: Matriz institución vigencia 2022.

PLANES DE MEJORA EXTERNOS CERRADOS.

Se cuenta con 4 planes de mejora externos, de los cuales 2 se encuentran cerrados en la vigencia 2022.

En el cuadro No. 6 se observa que en la Auditoria Especial al Balance vigencia 2020, se evidencio, tres observaciones en los procesos de Recursos Financieros en los subprocesos de Costos, Contabilidad Tesorería, en el Ambiente Físico en el



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

subproceso de Activos Fijos.

**Cuadro No. 6 Auditoria Especial al Balance - HUDN vigencia 2020
Contraloría Departamental de Nariño.**

Observación	Procesos Involucrados	Subproceso Involucrado	Responsable Del Mejoramiento	Tiempo Programado Para El Cumplimiento De Las Acciones De Mejoramiento
1	Recursos financieros	Costos y Contabilidad	Profesionales de Costos y Contabilidad	7 meses -Julio-diciembre de 2021
2	Recursos financieros	Tesorería y Contabilidad	Profesionales de Tesorería y Contabilidad	Septiembre a diciembre de 2021, con la presentación del formato "SIA FORMATO F_03A MOVIMIENTO DE BANCOS Y TESORERIA" en febrero de 2022, debidamente conciliado.
3	Ambiente físico. - Recursos financieros	Activos Fijos y Contabilidad.	Profesionales de Activos Fijos y Contabilidad.	Septiembre a diciembre de 2021, con la presentación del formulario "SIA FORMATO F-05B INVENTARIOS" en febrero de 2022, debidamente conciliado.

Fuente: Plan de mejora Auditoria Especial al Balance - HUDN vigencia 2020- Contraloría Departamental de Nariño

En el cuadro No. 7 Auditoria SUPERSALUD, se puede evidenciar 20 hallazgos, entre los procesos involucrados se encuentran Talento Humano, Urgencias y Atención al Usuario con 2 hallazgos, Recursos Financieros 10 hallazgos en los subprocesos de Cartera, Contabilidad, Facturación, Costos, Presupuesto y tesorería y con 1 hallazgo los procesos de Jurídica, Hospitalización, ambiente físico, Seguridad del Paciente y Servicio Farmacéutico.

Cuadro No. 7 Auditoria SUPERSALUD

Hallazgos	Procesos Involucrados	Subproceso involucrado	Responsable Del Mejoramiento
1	Talento Humano	Talento Humano	Subgerente de prestación de servicios Profesional especializada atención al usuario
2	Jurídica	Jurídica	Jefe de la Oficina Jurídica
3	Talento Humano	Talento Humano	profesional especializado de talento humano
4	Recursos Financieros	Presupuesto	Profesional de presupuesto
5	Recursos Financieros	Presupuesto	Profesional de presupuesto.
6	Recursos Financieros	Contabilidad	Profesional Universitario Contadora
7	Recursos Financieros	cartera	Profesional universitario de cartera
8	Recursos Financieros	cartera	Profesional universitario de cartera
9	Recursos Financieros	contabilidad	Profesional Universitario Contadora
10	Recursos Financieros	Contabilidad Tesorería	Subgerente Administrativo y financiero Profesional Universitaria Contadora Profesional Universitaria Tesorero
11	Recursos Financieros	Costos Facturación	Técnico de Costos Coordinadora Facturación HUDN
12	Recursos Financieros	Facturación Cartera Auditoria Medica Atención al Usuario	Subgerente Prestación de Servicios Coordinadora Facturación HUDN Profesional Universitaria Cartera Jefe oficina Asesora de Auditoría Médica Profesional Especializada Atención al Usuario.

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

13	Recursos Financieros	Facturación Cartera Auditoria Medica	Subgerente Prestación de Servicios Coordinadora Facturación HUDN Profesional Universitaria Cartera jefe oficina Asesora de Auditoría Médica
14	Recursos Financieros	Facturación Auditoria Medica	Subgerente Prestación de Servicios Coordinadora Facturación HUDN jefe oficina Asesora de Auditoría Médica
15	Recursos Financieros	Auditoria Medica	Subgerente de prestación de servicios Subgerente Administrativo y Financiero Coordinadores de unidades funcionales Asistenciales y administrativos Oficina Asesora de Auditoría Médica
16	Urgencias	Urgencias	Coordinación Urgencias y C. Externa
17	Atención al Usuario Hospitalización Urgencias	Atención al Usuario Hospitalización Urgencias	Subgerente Prestación de servicios Profesional especializada atención al usuario Profesional Especializado Hospitalización Profesional Especializado Urgencias
18	Atención al Usuario Ambiente Físico	Atención al Usuario Apoyo Logístico	Profesional Universitaria Apoyo Logístico Profesional Especializado Atención al Usuario
19	Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Enfermera Seguridad del Paciente Programador - Área de Sistemas
20	Servicio Farmacéutico	Servicio Farmacéutico	Profesional Especializado - Servicio Farmacéutico

Fuente: Plan de mejora SUPERSALUD de fecha 14/02/2021 a 31/01/2022

GESTIÓN DE PQRS Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones.

Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones PQRSF, para la vigencia del 2022. De acuerdo con lo establecido en la norma en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E, se tiene establecido diferentes medios para realizar este procedimiento, como son la oficina de atención al usuario que recibe la queja de forma directa, los buzones de sugerencias, vía internet mediante la página web institucional y por correo.

Con la información de las PQRSF se realiza un cuadro consolidado de forma anual que sirve como un insumo para la evaluación de la oficina de Control interno en la institución el cual se adjunta a continuación:

ENTIDAD:	Empresa Social del Estado Hospital Universitario departamental de Salud de Nariño.		
PROCESO:	Atención al Usuario PQRSF		
FECHA:	Consolidado a diciembre 31 de 2022		
RESPONSABLE:	Auxiliar Administrativa - SIAU.		
CUADRO No. 8 ANALISIS DE LAS PQRSF			
No	Descripción o Concepto	Total	%
1	FELICITACIONES	1.253	71
2	QUEJAS	470	27
3	SUGERENCIAS	34	2
4	TOTAL	1.757	100

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Commutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

CUADRO No. 9 CLASIFICACION DE LAS QUEJAS POR SERVICIO Y ATRIBUTO DE CALIDAD			
No	TIPO DE QUEJA	TOTAL	%
1	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	154	33
2	FALTA DE TRATO HUMANO	157	33
3	FALTA DE INFORMACIÓN	110	23
4	FALTA DE COMODIDAD	31	7
5	FALTA DE SEGURIDAD	18	4
	TOTAL, QUEJA	470	100

Fuente: Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones PQRSF- vigencia del 2022

De las 1.757 PQRSF recibidas, 1.253 (71%) son felicitaciones, 470 (27%) son quejas y 34 (2%) son sugerencias.

En el cuadro No. 10, se evidencia que el servicio de URGENCIAS presenta el mayor número de hallazgos con el 23%, seguido del servicio de CONSULTA EXTERNA con el 19%, los servicios de GINECOLOGÍA, CALL CENTER y FACTURACIÓN representan el 6% cada uno, el servicio de ATENCIÓN AL USUARIO representa el 5%, QUIRÓFANO y APOYO LOGÍSTICO - VIGILANCIA, representa el 4%, los servicios de ESPECIALIDADES 4TO PISO UCI, MEDICINA INTERNA 4TO PISO, ESPECIALIDADES 5TO PISO, CIRUGÍA GENERAL SEGUNDO PISO, NEONATO BÁSICO representan el 3% . ESPECIALIDADES 4TO PISO ORTOPEdia, ESPECIALIDADES 5TO PISO, ONCOLOGÍA, REHABILITACIÓN, UCI representa el 2%, IMÁGENES DIAGNOSTICAS, LABORATORIO, FARMACIA y gestión ambiental representan el 1%.

CUADRO No. 10 CLASIFICACIÓN DE LAS QUEJAS POR ATRIBUTO DE CALIDAD PARA CADA SERVICIO								
ÁREA/SERVICIO		FALTA DE TRATO HUMANO	FALTA DE COMODIDAD	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	FALTA DE COMODIDAD	FALTA DE SEGURIDAD	TOTAL	PORCENTAJE
ASISTENCIAL	CONSULTA EXTERNA	23	9	50	3	4	89	19%
	URGENCIAS	38	22	35	9	6	110	23%
	GINECOLOGÍA	17	4	5	1	0	27	6%
	ESPECIALIDADES 4TO PISO UC	5	4	1	1	1	12	3%
	ESPECIALIDADES 4TO PISO ORTOPEdia	6	4	0	0	0	10	2%
	MEDICINA INTERNA 4TO PISO	2	2	6	2	0	12	3%
	CIRUGÍA GENERAL SEGUNDO PISO	5	1	3	3	2	14	3%
	ESPECIALIDADES 5TO PISO	6	2	0	0	0	8	2%
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	2	2	2	1	0	7	1%
	LABORATORIO	1	3	1	0	1	6	1%
	ONCOLOGÍA	2	0	4	2	0	8	2%
	REHABILITACIÓN	6	0	1	1	0	8	2%
QUIRÓFANO	2	8	6	0	1	17	4%	

CALLE 22 No. 7 - 93 Parque Bolívar - San Juan de Pasto / Nariño
Conmutador 7333400 * Fax 7333408 y 7333409
www.hosdenar.gov.co *mail: hudn@hosdenar.gov.co



CO-SC-CER448531

CO-SA-CER448535

CO-OS-CER448536



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	UCI	2	5	0	1	2	10	2%
	NEONATOS BÁSICO	5	2	3	1	1	12	3%
	MADRE CANGURO	0	0	2	0	0	2	0%
	NUTRICIÓN	0	1	0	0	0	1	0%
	UCI NEONATOS	1	1	0	0	0	2	0%
	HOSPITALIZACIÓN QUINTO PISO	1	0	0	0	0	1	0%
	ESTRATEGIA IAMI-BANCO DE LECHE	0	0	1	0	0	1	0%
ADMINISTRATIVA	CALL CENTER	0	13	17	0	0	30	6%
	ESTADÍSTICA	1	0	0	0	0	1	0%
	APOYO LOGÍSTICO - VIGILANCIA	9	8	0	0	0	17	4%
	CAFETERÍA	1	0	1	1	0	3	1%
	FACTURACIÓN	6	8	13	0	0	27	6%
	ATENCIÓN AL USUARIO	14	9	2	0	0	25	5%
	FARMACIA	0	2	1	0	0	3	1%
	DOCENCIA UNIVERSITARIA	1	0	0	0	0	1	0%
	NUTRICION	0	0	0	1	0	1	0%
	GESTION AMBIENTAL	1	0	0	4	0	5	1%
	TOTAL	157	110	154	31	18	470	100%

Fuente: Informe de la Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones PQRSF- vigencia del 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Se evidencia en el consolidado del informe de PQRSF al 2022, que el servicio de urgencias y la consulta externa presentan el mayor Número de Hallazgos con 110 y 89 respectivamente de un total de 470 que representan el 42 % entre las dos actividades.
2. Las quejas en el servicio de urgencias son por la demora en la atención de los usuarios.
3. Las quejas en consulta externa son por la demora en la atención por los médicos especialistas.
4. Las quejas de mayor impacto hacia los usuarios están relacionadas con la falta de trato humano, falta de oportunidad en la atención y falta de información.
5. Para la recepción de las quejas, se tienen canales de comunicación que promueven y facilitan la participación del ciudadano y la comunidad. Estos canales son telefónico, presencial, virtual y buzones.

Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno de Gestión:

1. Mejorar la atención por parte del personal encargado de las áreas administrativas y asistenciales de consulta externa, urgencias, ginecología, facturación y atención al usuario, ya que la principal queja es la falta de trato humano, falta de información y falta de oportunidad en la atención.
2. Evaluar el proceso de capacitación llevado a cabo por el Hospital, en temas de: humanización, comunicación interpersonal efectiva y política de humanización, con el fin de determinar si se ha dado cumplimiento a las metas y objetivos planteados, lo anterior teniendo en cuenta las reiteradas quejas presentadas por los usuarios y familiares.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Proceso a evaluar:		Ambiente Físico						
PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
AMBIENTE FÍSICO	ACTIVOS FIJOS	1		1	2	4	75,00%	88,89%
	ALMACÉN				3	3	100,00%	
	APOYO LOGÍSTICO				6	6	100,00%	
	GESTION AMBIENTAL			2	17	19	89,47%	
	MANTENIMIENTO		3		19	22	86,36%	
TOTAL		1	3	3	47	54		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 54 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se observó que, en los subprocesos de activos fijos y gestión ambiental, 3 de los indicadores no se cumplieron los cuales no permitieron el cumplimiento de las metas.

Proceso	Subproceso	Indicador	Meta	% Cumplimiento en el año
AMBIENTE FÍSICO	ACTIVOS FIJOS	porcentaje de desviación entre inventario físico y registro en DGH	2%	5%
	GESTION AMBIENTAL	Reducción en consumo de energía.	-3,21%	-2%
		Rotulación inadecuada de sustancias químicas	0%	3%

Fuente: Planeación POA 2022

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Con respecto a la sostenibilidad ambiental, se recomienda fomentar una cultura de ahorro de agua y energía, estableciendo campañas pedagógicas y sensibilizando al personal en el cuidado y uso racional del agua y energía, toda vez que se puede evidenciar un incremento significativo en el consumo de estos servicios.
2. Se recomienda, capacitaciones constantes sobre el ahorro de energía y la implementación progresiva de tecnologías ahorradoras.



Procesos a evaluar:		Atención al Usuario					
SUBPROCESO	ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRE SALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO PROCESO
ATENCION AL USUARIO				7	7	100,00%	92,86%
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA			1	6	7	85,75%	
TOTALES			1	13	14		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 14 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se observó que en los subprocesos de: Atención al Usuario se cumplió con la meta y referente al subproceso de referencia y **contra referencia** un indicador (Porcentaje de remisiones a un nivel superior correctamente elaboradas) no se cumplió, el cual no permitió el cumplimiento de la meta.

La causa obedece al diligenciamiento incompleto de la información en los formatos establecidos para el proceso de remisión.

Proceso	Subproceso	Indicadores	Meta	% cumplimiento
ATENCIÓN AL USUARIO	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Porcentaje de remisiones a un nivel superior correctamente elaboradas	95%	18%

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Realizar de manera oportuna la socialización de hallazgos con las líderes de los servicios.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Procesos a evaluar:			Auditoria Medica				
SUBPROCESO	ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO PROCESO
Auditoria medica				3	3	100%	100%
Auditoria cuentas medicas				11	11	100%	
TOTALES				14	14		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 14 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se evidencia informes trimestrales de glosas como resultado de la gestión de respuesta oportuna.

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Socialización de Informe de Glosas y casos puntuales a facturación.
2. Capacitación a médicos especialistas para correcto diligenciamiento de descripción operatoria y generación de RIPS.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Procesos a evaluar:				Banco de leche humana			
SUBPROCESO	ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO PROCESO
Banco de leche humana			1	9	10	90%	90%

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 10 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso.

Se revisó cada uno de los indicadores del POA vigencia 2022 y se observó que los siguientes indicadores no permitieron el cumplimiento de las metas, presentando el siguiente porcentaje de cumplimiento.

Se observó que, en el subproceso de Banco de leche humana, uno de sus indicadores no cumplió la meta establecida como se relaciona en el cuadro siguiente:

Proceso	Subproceso	Indicadores	Meta	% cumplimiento
Banco de leche humana	Banco de leche humana	% de leche humana extraída cruda LHEC desechada por impurezas	11%	16%

Fuente: Planeación POA 2022

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Intensificar el seguimiento a las madres con menos adherencia a las normas de bioseguridad para lograr mejor la calidad de leche que se recolecta.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

PROCESO		SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
CIG	CIG					3	3	100%	100%
TOTAL						3	3		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 3 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Proceso a evaluar					Planeación		
SUBPROCESO	ACEPTABLE	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO PROCESO
CALIDAD				5	5	100%	92,86%
PLANEACION			1	3	4	75%	
ESTADISTICA				5	5	100%	
TOTAL			1	13	14		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 14 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se revisó cada uno de los indicadores del POA vigencia 2022 y se observó que el subproceso de planeación presenta un indicador de no cumplimiento el cual no cuentan con datos, ni resultados correspondientes que evidencien la ejecución de estos.

La oficina de planeación, para la vigencia 2022, no reporta información completa y confiable de POAS.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Proceso a evaluar:		Recurso Financieros						
PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
Recursos financieros	CARTERA			1	8	9	88,89%	88,89%
	CONTABILIDAD	1		2	10	13	84,72%	
	COSTOS			1	3	4	75%	
	FACTURACIÓN				5	5	100%	
	PRESUPUESTO			1	9	10	90%	
	TESORERIA				4	4	100%	
TOTAL		1		5	39	45		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 45 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se observó que, en los subprocesos de cartera, contabilidad, costos y presupuesto, 4 de sus indicadores no se cumplieron, las cuales no permitieron el cumplimiento de las metas, como se relaciona en el cuadro siguiente:

Proceso	Subproceso	Indicadores	Meta	% cumplimiento
Recursos financieros	Cartera	Porcentaje de envejecimiento de la cartera	25%	38%
		Margen bruto	35%	24%
	Costos	Margen operacional	18%	9%
		Número de actividades costeadas	35%	4,26%
	Presupuestos	Resultado Equilibrio Presupuestal con recaudos (NUMERAL 9 ANEXO 2 RESOLUCION 408)	100%	66%

Fuente: Planeación POA 2022

Se observó en el subproceso de cartera que no se cumple la meta por cuanto la cartera mayor a 360 días se ha incrementado el no pago de algunas entidades y a la liquidación de entidades como SALUD VIDA, COOMEVA, MEDIMAS. COMFAMILIAR DE NARIÑO, como las más representativas y al envejecimiento de la cartera.

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Fortalecer las actividades encaminadas a la recuperación de cartera con las distintas Entidades (llamadas telefónicas, visitas, seguimientos) donde se aplique a todos los usuarios que tengan obligaciones pendientes con el Hospital Universitario Departamental de Nariño E.S.E por concepto de servicios.
2. Realizar conciliación permanente de cartera entre los líderes del proceso de financiera y entre cartera y las diferentes Empresas Responsables de Pago – ERP.
3. Realizar conciliación permanente con tesorería para determinar oficialmente pagos no identificados.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Proceso a evaluar:		Hospitalización						
PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
Hospitalización	HOSPITALIZACIÓN			3	7	10	70%	81,25%
	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN				6	6	100%	
TOTAL				3	13	16		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 16 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se observó que en los subprocesos de hospitalización, 3 de los indicadores no se cumplieron las cuales no permitieron el cumplimiento de las metas, No se cumple el indicador por casos de giro cama y estancia prolongada en hospitalización.

Se evidencia Informe de Auditoria a los procedimientos de Traslado de Pacientes desde Urgencias a Hospitalización, Cancelación de Cirugías, y Mayor Estancia en Urgencias por parte de control interno de Gestión.

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Socializar dentro de cada área, los Procedimientos, protocolos, instructivos, formatos etc... aprobados por el Sistema de Gestión de Calidad tanto al personal de planta como de prestación de servicios del proceso de Hospitalización.
2. Realizar seguimientos dentro del área, respecto al cumplimiento y correcto diligenciamiento de formatos institucionales y tomar medidas correctivas en caso del no cumplimiento.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Proceso a evaluar:		Seguridad del Paciente						
PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
SEGURIDAD DEL PACIENTE	SEGURIDAD DEL PACIENTE					7	100%	100%
TOTAL						7		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 7 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Se recomienda continuar aplicando las acciones que han facilitado y garantizado el logro de las metas previstas en el POA.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

Proceso a evaluar:		Vigilancia Epidemiológica						
PROCESO	SUBPROCESO	ACEPTADA	N/A	NO CUMPLIDA	SOBRESALIENTE	CANTIDAD DE INDICADORES	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO	% CUMPLIMIENTO SUBPROCESO
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	1		1	12	14	92.86%	92.86%
TOTAL		1		1	12	14		

Fuente: Planeación POA 2022

Evaluación de la oficina de Control Interno de Gestión:

Para la vigencia 2022 el proceso suscribió 14 indicadores en el POA, en la tabla anterior se observa el nivel de cumplimiento del proceso y cada subproceso.

Se revisó cada uno de los indicadores del POA vigencia 2022 y se observó que no se cumplió con un indicador, Auditorías internas en aislamientos hospitalarios.

Recomendaciones de mejoramiento de la oficina de Control Interno de Gestión:

1. Se recomienda se continúe con las acciones de supervisión y educación para aumentar esta adherencia.
2. Fortalecer las auditorías internas en aislamientos hospitalarios, para cada tipo de aislamiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Es conveniente que la Oficina de Planeación entregue la información correspondiente al informe preliminar de POAs vigencia 2022, con suficiente antelación, teniendo en cuenta que la Oficina de Control Interno de Gestión verifica dicha información para evaluar y emitir recomendaciones de manera objetiva e imparcial; sumado a esto el informe de Evacuación por Dependencias es de ley y establece un plazo para su entrega en cada vigencia, el retraso en la entrega impacta de manera negativa el cumplimiento por parte de esta oficina.
2. La evaluación y recomendaciones entregadas por la oficina de Control Interno de Gestión fueron limitadas, teniendo en cuenta el retraso en la entrega de la información para ser verificada y validar los porcentajes de cumplimiento de los indicadores.





**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

3. La evaluación por dependencias es una actividad con enfoque por procesos en la que todas las áreas deben suministrar la información con oportunidad, integralidad, pertinencia, para no afectar los resultados de las demás.
4. No hay claridad en los indicadores que presentan como evaluación anual, el termino N/A.
5. Se recomienda por parte de los líderes de los procesos, dar cumplimiento a los plazos establecidos para la entrega de la información de Indicadores, lo que permite a la oficina de Planeación y Control Interno de Gestión generar informes de calidad y dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente.
6. El informe final de Indicadores debe contener el análisis de los resultados obtenidos durante la vigencia, en relación a las actividades realizadas, de tal manera que se explique el comportamiento de los resultados de la gestión y que sirva de soporte en la toma de decisiones por parte de la Gerencia.
7. La Oficina de Planeación debe hacer seguimiento a los indicadores trimestralmente, de tal manera que los avances presentados por los procesos reflejen veracidad y confiabilidad.
8. Se recomienda tener presente los indicadores que no alcanzaron el porcentaje de cumplimiento esperado en la vigencia 2022, se deben retomar para la vigencia 2023

Atentamente,

OMAR ERNESTO CORDOBA SALAS
Asesor Control Interno de Gestión

Proyectó: Marlesvi del Socorro Moreno Córdoba
Profesional Universitario Apoyo OCI

